REQUERIMENTO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

Nome Servidor(a):	Matricula:
Função/Cargo:	
Local de Trabalho:	
Endereço:	Telefone:
Data do início do atestado:	Data de término:
Período de afastamento sugerido no atestado:	

MOTIVO DO REQUERIMENTO:

( ) POR PERDA DO PRAZO REGULAMENTAR PARA O AGENDAMENTO

( ) POR NÃO COMPARECIMENTO A PERICIA MEDICA AGENDADA

FUNDAMENTAÇÃO (JUSTIFICATIVA):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Joinville, _____/____/_____ _____

Assinatura do Servidor(a)

Legislação: Lei Complementar nº 266- Estatuto Municipal " *Art. 145. Será assegurado ao servidor requerer, pedir reconsideração e recorrer de decisões que digam respeito aos seus interesses individuais*".