

Protocolo do DPME

## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

## SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Requerimento do Servidor interessado

|  |
| --- |
| Nome:  |
| RG: CPF: Data/ Nascimento:  |
| Telefones (res.): (celular): |
| Cargo/ Função: |
| Email pessoal:  |
| UA/UE: tel.: |
| Email da escola: |
| Diretoria de Ensino: tel.: |

|  |
| --- |
| Solicita |
| Justificativa  |
| Documentos anexos  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Servidor

Ilmo Sr.

Diretor do Departamento de Perícias

Médicas do Estado de São Paulo.