

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.