

## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

## SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Diretoria de Ensino Região São José dos Campos

EE

Endereço completo

Ofício nº

Ilmo Senhor Diretor do DPME

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

|  |
| --- |
| **Solicita:** ( ) AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA PARA FINS DE **READAPTAÇÃO** |
| **Justificativa** |
| **Documentos anexos: Rol de atividades do cargo, descrição do espaço físico da escola, requerimento do interessado e Relatório Médico de acordo com a Resolução SPG 15/2017** |

São José dos Campos, de de 201 .

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

Diretor de Escola