

## 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

Identificação 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:** ( ) Estudo de aposentadoria por invalidez |
| **Justificativa** |
| **Documentos anexos: requerimento do interessado, Relatório Médico de acordo com a Resolução SPG 15/2017, Rol de atividades do cargo, Rol de atividades de Readaptado, descrição do espaço físico da escola,** |

São José dos Campos, de de 2017 .

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

Diretor de Escola