



Solicitar Readaptação

SEI elaborado pela escola

SEI escolher TIPO: Atendimento a Solicitações

ESPECIFICAÇÃO escrever: Solicita Readaptação NOME RG

Seguido os itens:

- Requerimento/Solicitação;
- Ficha funcional;
- Rol de Atividades atual;
- Relatório do ambiente de trabalho;
- Atestado ou Relatório médico.

SEI instruído, enviar direto para SGDD-SGP-DPME-CILRA-DRA

**ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR TÉCNICO DE SAÚDE III DO DEPARTAMENTO
DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO**

Eu, , portador(a) da cédula de identidade RG. Nº: , CPF Nº ,
data de nascimento: , residente e domiciliado ao endereço: , Nº ,
complemento , bairro : , município: , CEP: , Cargo ,
Secretaria: DA EDUCAÇÃO, venho por intermédio do presente solicitar agendamento
de perícia médica para fins de **readaptação funcional**.

Seguem anexos os documentos obrigatórios para a devida apreciação:

- Relatório médico completo e atualizado;

São Paulo, 24 de setembro de 2024.

Assinatura do Servidor

Obs.: O pedido deve ser encaminhado pela chefia imediata do servidor

FICHA FUNCIONAL DO SERVIDOR

Nome: R.G.:

Data de nascimento: Data de Admissão:

N.I._____

Diretoria de Ensino:

Escola/Sede de trabalho atual:

Regime de Trabalho: EFETIVA

Jornada de trabalho:

Acumula cargo/funcão? Sim Não

Em caso de resposta positiva:

a) Local de trabalho: UNIDADE ESCOLAR

Estadual Municipal Federal Autarquia Particular

b) Atividades desempenhadas: Rol de atividades AOE Professor

c) Exerce cargo em comissão? Sim Não

Em caso positivo, especificar a natureza e as atividades desempenhadas:

São Paulo/..../.....

Carimbo/assinatura

Diretor Escolar

Identificação da escola

ROL DE ATIVIDADES

INTERESSADO(A):

RG:

CPF:

CARGO/FUNÇÃO:

(Relato das atividades atuais)

Assinatura/carimbo

Diretor Escolar

Identificação da escola

RELATÓRIO AMBIENTE FÍSICO

INTERESSADO(A):

RG:

CPF:

CARGO/FUNÇÃO:

(Relato do ambiente físico)

Assinatura/carimbo

Diretor Escolar