



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
Unidade SIASS UFSM – Código 20

REQUERIMENTO DE PERÍCIA PARA AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Nome: _____

SIAPE: _____ Setor: _____

Telefone para contato: _____

Justificativa:

Pede deferimento.

Santa Maria, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente