

SOLICITAÇÃO DE MARCAÇÃO DE PERÍCIA OFICIAL SINGULAR NO CAMPUS ITAPERUNA

(preencher e enviar o formulário para saude.itaperuna@iff.edu.br ou imprimir e entregar no Serviço Médico)

Servidor(a) _____

SIAPE _____

Cargo _____

Campus de lotação _____

CPF _____

Email _____

Telefone _____

Solicito junto ao Serviço Médico do Campus Itaperuna – Unidade SIAAS, marcação de Perícia Oficial Singular. Motivo:

- () Apresento atestado(s) por período superior a 05 (cinco) dias consecutivos e/ou igual ou superior a 15 dias não consecutivos nos últimos doze meses. (anexar cópia).
- () Apresento atestado(s) fora do prazo legal (anexar justificativa).
- () Apresento atestado(s) para acompanhamento de familiar por período superior a 03 (três) dias (anexar cópia).
- () Apresento atestado(s) que não atende dispositivos legais (falta de CID, etc) - (anexar cópia).

(assinatura)

Itaperuna, _____ de _____ de 20____