FORMULÁRIO 50 – REMOÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE:		
Nome:		
Data de nascimento:		Matrícula SIAPE:
Registro de Identidade Nº:		CPF/MF:
Telefones		
Residencial:	Celular:	Comercial:
E-mail:		
2. DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES:		
Cargo:		
Lotação:		
Regime de Trabalho:		
Horário de expediente:		
Atividades desempenhadas no setor:		
No exercício das atividades, quais destas habilidades/capacidades são mais requisitadas? ( ) Força física ( )Memória imediata ( )Atenção/concentração ( )Resolução de problemas ( )Relações interpessoais		
3 REQUERIMENTO:		
Venho por meio deste requerer Remoção por Motivo de Saúde do: ( ) Servidor ( ) Cônjuge ou Companheiro (a) ( ) Dependente que vive à minhas expensas Nestes termos, Pede deferimento. _____ ,____de_____de_____. Local Data _____ Assinatura do requerente		
Observação: Anexar Atestado Médico		