



REQUERIMENTO DE READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO

NOME:	
CPF:	
ENDEREÇO:	Nº:
BAIRRO:	CIDADE/UF:
TELEFONE:	EMAIL:
SECRETARIA:	SETOR:
CARGO:	MATRÍCULA(S):

REQUERIMENTO:

Venho solicitar readaptação para função com atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação em minha capacidade físico/mental, conforme documentação médica anexa.

Declaro estar ciente **QUE** a minha situação será verificada por junta médica oficial do Município, **QUE** a readaptação poderá ser concedida inicialmente por tempo determinado e **QUE** será efetivada em cargo de atribuições afins, observada a habilitação exigida.

Delmiro Gouveia, ____ de _____ de _____.

Atenciosamente,

**PREFEITURA DE DELMIRO GOUVEIA PREFEITURA DE DELMIRO OUVEIA*
**PREFEITURA DE DELMIRO GOUVEIA PREFEITURA DE DELMIRO OUVEIA*
**PREFEITURA DE DELMIRO GOUVEIA PREFEITURA DE DELMIRO OUVEIA*

Assinatura do requerente

TRÂMITE:

1. Abertura do processo na secretaria de lotação;
2. Encaminhamento à junta médica do Município para verificação;
3. Envio do processo ao RH da secretaria de lotação;
4. Comunicado ao requerente sobre o resultado;
5. Em caso de indeferimento, envie-se o processo ao Departamento pessoal para arquivo;
6. Em caso de deferimento, comunique-se ao setor de trabalho quais são as novas atribuições do servidor e por quanto tempo a readaptação foi concedida;
7. Envio do processo à Secretaria de Administração para emissão de portaria e publicação;
8. Envio ao Departamento Pessoal para lançamento.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

Este requerimento, 1 documento de identificação, documentação médica que ateste as condições de saúde.