SIASS IFFluminense

Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor do Instituto Federal Fluminense

INSTITUTO FEDERAL Fluminense

PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO DE DECISÃO PERICIAL

DADOS DO SERVIDOR (A)		
Nome:		
CPF:	**Matrícula SIAPE:**	
Órgão:	**Lotação:** (campus/unidade)	**Cargo:**
Endereço:		
E-mail (imprescindível)**:**	**Telefone para contato:**	

Considerando o exame pericial realizado no **SIASS IFFluminense** no Instituto Federal Fluminense **– IFF,** em ___/___/_____, referente ao **Laudo Pericial nº.** _____, na condição de servidor(a) requerente acima identificado(a), solicito reconsideração de perícia.

Justificativa do Pedido de Reconsideração:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

OBS.: Precisando de mais espaço utilize o verso do formulário.

Base Legal: Artigo 106 e 108 da Lei nº. 8.112, de 1990

Declaro ter ciência que, tratando-se de indeferimento deste pleito, os dias em que não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas ao trabalho não justificadas, de acordo com o previsto na alínea I do Art. 44 da Lei no 8.112, de 1990.

Local/UF e data: _____ / ___, ___/___/_____.

_____

Assinatura do(a) Servidor(a) Requerente

IMPRIMIR