



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

**HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA
OU COM FAMILIAR/DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

À Coordenadoria de Atenção à Saúde do Servidor,

Eu, _____,
portador do CPF nº _____, matrícula SIAPE nº _____, ocupante do cargo de
_____, com lotação no IFRS *Campus* _____, venho
através deste requerer avaliação por Perícia Oficial em Saúde **em razão de necessidade momentânea em
ausentar-me durante parte de minha jornada semanal de trabalho para fins de comparecimento a consultas
e tratamentos** pelo fato de:

- () ser portador de deficiência
() possuir familiar/dependente portador de deficiência

No caso de familiar/dependente, informar o nome: _____,
e CPF nº _____

OBSERVAÇÃO: em caso de pais, verificar se previamente consta em assentamento funcional o familiar cadastrado para fins de dedução em imposto de renda.

Estou ciente de que, caso venha a ser atestada a necessidade de horário especial por Junta Médica Oficial, caberá a esta definir a redução em horas que, por sua vez, deverá ser tratada com a minha Chefia Imediata para fins de organização e planejamento da grade semanal de trabalho.

Local e data _____

Assinatura do(a) servidor(a)

Assinatura da chefia imediata