



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO

Tipo de perícia: _____

À CSST- Coord. de Saúde, segurança do Trabalho e Sias - DGP/IFC- (11.01.18.53)

Nome: _____

Matrícula SIAPE n°: _____ CPF: _____

Cargo: _____

Nível: _____ Classe : _____ Carga horaria: _____

Campus/lotação: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

E-mail institucional: _____

E-mail particular: _____

Considerando o exame pericial realizado na Unidade SIASS _____

em ____/____/____, referente ao Laudo Pericial n° _____ na condição de servidor(a) requerente acima identificado(a), solicito reconsideração de perícia.

Justificativa do Pedido de Reconsideração:

Base legal: artigo 106 da lei n° 8112, de 1990

Tenho ciência que, tratando-se de indeferimento deste pleito, os dias em que não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas não justificadas.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do servidor requerente