***ANEXO I***

***DADOS QUALIFICADORES DO REQUERENTE E DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA A SER BENEFICIADA COM A CONCESSÃO DO HORÁRIO ESPECIAL***

|  |
| --- |
| ***SERVIDOR*** |
| NOME: |
| CARGO/FUNÇÃO:  | SÍMBOLO: |
| MATRÍCULA: |
| ÓRGÃO/ENTIDADE DE LOTAÇÃO: |
| DATA DO REQUERIMENTO:  | NUP: |
| ***NATUREZA DO VÍNCULO*** |
| 1. CARGO EFETIVO ESTATUTÁRIO ( )
2. EMPREGO PÚBLICO ( )
3. CARGO EXCLUSIVAMENTE COMISSIONADO ( )
4. REGIME DE CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA ( )
 |
| ***BENEFICIÁRIO(S) DO HORÁRIO ESPECIAL*** |
| 1. NOME:
 |
| DATA DE NASCIMENTO: |
| VÍNCULO:1. CÔNJUGE ( )
2. FILHO ( )
3. OUTRA RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ( )
 |
| 1. NOME:
 |
| DATA DE NASCIMENTO: |
| VÍNCULO:1. CÔNJUGE ( )
2. FILHO ( )
3. OUTRA RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ( )
 |
| 1. NOME:
 |
| DATA DE NASCIMENTO: |
| VÍNCULO:1. CÔNJUGE ( )
2. FILHO ( )
3. OUTRA RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ( )
 |