

RECONSIDERAÇÃO DE INGRESSO

Ilustríssimo Senhor Diretor do Departamento de Perícias Médicas do Estado.

NOME:		
R.G:	CPF:	NI:
ENDEREÇO:		
BAIRRO:		CIDADE:
ESTADO:		CEP:
CARGO:		
SECRETARIA:		

Solicitei Ingresso no Serviço Público conforme dados acima, tendo sido considerado(a) NÃO APTO, após, avaliação médica pericial.

Solicito a Vossa Senhoria que seja RECONSIDERADO o Parecer expedido por intermédio do Certificado de Sanidade e Capacidade Física nº _____, publicado no D.O.E. de ___/___/___.

Atenciosamente,

São Paulo, de de 20 .

Assinatura

** Todos os campos são de preenchimento obrigatório*