**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO PERICIAL**

**DO SERVIDOR PÚBLICO**

1. **Nome Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Identidade Funcional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Assinale a opção para indicar o período referente à sua solicitação:**

* Cópia integral;
* Cópia parcial. Período (dia/mês/ano até dia/mês/ano): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Assinale a(s) opção(ões) para indicar sua ciência:**

* Estou ciente que devo encaminhar um documento com foto (RG, CNH, carteira profissional ou passaporte) juntamente com essa solicitação;
* Estou ciente das implicações legais previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) é a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018;
* Estou ciente que o Departamento de Perícia Médica e Saúde do Trabalhador não se responsabiliza pela utilização posterior dos dados solicitados.

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_