REQUERIMENTO DE LICENÇA ESPECIAL PARA CUIDADOS DE FILHO(A) COM DEFICIÊNCIA

Eu, **_____,** cadastro nº_____ brasileiro(a), estado civil _____, portador(a) do CPF nº _____, ocupante do cargo de provimento efetivo de _____, lotado(a) no(a) _____, com carga horária de _____ horas semanais, vem requerer a Vossa Senhoria, *licença especial de 1/5 de minha carga horária, sem prejuízo da remuneração, mediante laudo médico oficial e relatório de visita psicossocial*, conforme previsto na Lei Complementar nº194/2025, com sugestão de escala das ____:____ às ____:____ horas. Declaro, ainda, que sou responsável pela criação, educação e proteção de meu filho(a) _____ com deficiência _____, e que esta assistência a ele(a) é indispensável. Seguem, em anexo, os seguintes documentos exigidos:

☐ I – laudo do médico especialista com o diagnóstico da deficiência;
☐ II – receituário médico dos medicamentos de uso contínuo, se houver;
☐ III – resultado dos exames complementares, se houver;
☐ IV – certidão de nascimento ou documento atualizado comprobatório da guarda, tutela ou curatela;
☐ V – declaração de fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou de outro profissional de saúde que indique o tipo, os dias da semana e os horários de tratamento terapêutico a que se submete o filho com deficiência.

DECLARO que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha total responsabilidade, sob pena de tornar sem efeito esta licença.

Nestes Termos,
Peço Deferimento.

Gaspar/SC, ____ / ____ / 20____.

_____
Assinatura do Requerente