



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Luiza Mariana Rodrigues CPF: 682.356-234-06

CARGO OU FUNÇÃO: Agente Comunitária de Saúde MATRICULA Nº.

SECRETARIA: Secretaria de Saúde LOCAL DE TRABALHO: PSS JJ

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA |
| <input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO |
| <input checked="" type="checkbox"/> FÉRIAS – GOZAR | <input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA | <input type="checkbox"/> REMOÇÃO |
| <input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO | <input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO | <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS | <input type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito Autorização de férias a partir do dia 15.04.2022
pel período de 30 dias referente ao ano de 2020

[Assinatura]
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 08/04/2022

Data: ___/___/___