



Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: WILSON DE SOUZA LAURINDO CPF: 856.939.954-53

CARGO OU FUNÇÃO: AGENTE ADMINISTRATIVO MATRICULA Nº.

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: H.P.P. ADELAIDE T. DE SA

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EXª. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<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 A CONCESSÃO DE FÉRIAS A PARTIR DE 01/12/2021
PELO PERÍODO DE 30 DIAS, REFERENTE AO ANO DE 2020

Wilson de Souza Laurindo
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 05/11/2021

Data: ___/___/___