



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Maírcia Biscondra de S. B. Costa CPF: 987292253-53

CARGO OU FUNÇÃO: Dirutora de comunidade Hospital MATRICULA N°:

SECRETARIA: Sanidade LOCAL DE TRABALHO: HPH

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 (<u>ref. 2019</u>)	<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 01/12/2019 pelo período de 30 dias referente ao ano 2019

Maírcia Biscondra de S. B. Costa
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 22/11/2019

Data: ___/___/___