



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: Lucero de Araujo Leite CPF: 945533374-88

CARGO OU FUNÇÃO: Agente de Saúde MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: _____ LOCAL DE TRABALHO: _____

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

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS - GOZAR AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito 30 DIAS DE FERIAS DO 15 DE ABRIL
A 15 DE SETEMBRO. REFERENTE AO ANO 2021

Lucero de Araujo Leite
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 01/08/2022

Data: ___/___/___