



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (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 TAVARES DESA

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 30 DIAS DE FERIAS APARTE DO 02/01/2023
A 31/01/2023
REFERENTE AO ANO DE 2021.

Wilson de Souza Laurindo
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 02/12/2022

Data: ___/___/___