Excelentíssimo:

[ ] **Prefeito**
[ ] **Secretario (a)**

NOME: JAMES Stefano da Silva	CPF: 920.953.724-68
CARGO OU FUNÇÃO: MOTORISTA	MATRICULA Nº.
SECRETARIA: SAUDE	LOCAL DE TRABALHO: H.D.P.

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EXª. 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
X	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
	LICENÇÃ À GESTANTE		DECLARAÇÃO
	LICENÇA SEM VENCIMENTOS		OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SOLICITO 30 DIAS DE FERIAS A PARTIR DE JULHO DE 2023. REF. AO ANO 2022.

ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 02/02/23

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/___/_____