



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: NATALIA MATILDE MATIAS SA CPF: 044.032.934-50

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº.

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: E. J. T. S

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 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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

APRESENTO ATESTADO MÉDICO DE 30 DIAS
PARA TRATAMENTO DE LICENÇA

Natalia Matilde Matias de Sa'
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 03/10/2023

Data: ___/___/___