



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: Fabiana da Silva Lizar CPF: 008.071.934-10

CARGO OU FUNÇÃO: Moradora MATRÍCULA Nº

SECRETARIA: Dz. Educação LOCAL DE TRABALHO: Escola Joaquim Lavares

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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 type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
Penho através deste, solicitar ajustamento das atividades trabalhistas, a partir de 30/09/2022 pelo período de 30 dias.
Segue em anexo, o atestado.

Fabiana da Silva Lizar
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 30/09/2022

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE Falkona do Silveira
W. Zan NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS/ESCOLARES POR UM PERÍODE DE 30 DIA (S) A PARTIR DA DATA CORRENTE.

CID: M48.0

VERDEJANTE, 30/09/21

Dr. Jansilton de
MÉDICO
CRM 55751
ASSINATURA - CRM