

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: MARIA GRACINEIDE CARVALHO DE OLIVEIRA CPF: 418.677.504-49

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSORA MATRICULA Nº. 307

SECRETARIA: DE EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: ESCOLA CLEMENTINO NOGUEIRA

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:

APASTAMENTO DAS ATIVIDADES POR MOTIVO DE SAÚDE CONFORME ATESTADO MÉDICO EM ANEXO.

Maria Gracineide Carvalho de Oliveira.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 04/12/2023

Data: ___/___/___

