

Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: *Jovaldo Leite de Araújo* CPF: *449.927.504-00*

CARGO OU FUNÇÃO: *Agente de Saúde* MATRÍCULA Nº

SECRETARIA: *Saúde* LOCAL DE TRABALHO:

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. 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

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

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito a concessão de licença prêmio a partir de 17/10/2022 pelo período de 03 meses.

Jovaldo Leite de Araújo
ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: *06/10/2022*

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___ / ___ / ___