



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: *Silvaneide M: de Sa* CPF: *021.728.734-46*

CARGO OU FUNÇÃO: *Professora* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *Educação* LOCAL DE TRABALHO: *Creche Mãe Mosa*

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:

Venho através deste solicitar afastamento das minhas atividades trabalhistas a partir de 31/10. 2022, pelo período de 30 dias. segue em anexo atestado médico.

Silvaneide M: de Sa
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *31/10/2022*

Data: ___/___/___

