

Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: *Maria Balwa dos Santos Feliciano* CPF: *884.830.394-87*

CARGO OU FUNÇÃO: *Agente comunitário de saúde* MATRICULA N°:

(A.C.S.)

SECRETARIA: *Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *PSP IV*

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 checked="" 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:

*Solicito 30 dias de férias a partir
do dia 15/08 a 15/09 2022
Referente ao ano 2021.*

Maria Balwa dos Santos
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *08/08/2022*

Data: ___/___/___