



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: *Rui Carlos dos Santos* CPF: *599 054 334-49*

CARGO OU FUNÇÃO: *Agente comunitário de saúde* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *saúde* LOCAL DE TRABALHO: *PSI III*

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 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 TRINTA dias de FÉRIAS A PARTIR do dia quinze do seis a quinze do sete preferente a dois mil e oitenta e um. Uma vez que foi gozado este período.

ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: *08/08/2023*

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *__/__/__*