

Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: *Maria dos Dons Pires da Silva de Espindola* CPF: *021.019.174-08*

CARGO OU FUNÇÃO: _____ MATRICULA Nº: _____

SECRETARIA: *de Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *H.P.P. Adelaide S. de Sa*

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:

*Período de 02 a 31 de janeiro de 2023
Referente ao ano de 2022.*

Maria dos Dons Pires da Silva de Espindola
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *07/12/22*

Data: ____/____/____

*Recebido em
07.12.22
[Assinatura]*