

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: *Maria Alexandra da Silva Mota* CPF: *057.634.254-80*

CARGO OU FUNÇÃO: *Aux. Serviços Gerais* MATRICULA N°.

SECRETARIA: *Secretaria de Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *HPP*

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. REQUERER:**

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO  SALÁRIO FAMÍLIA

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 PRÊMIO

LICENÇA À GESTANTE  DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS  OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

*Solicito 30 dias de férias a partir do dia 01.01.2023 referente ao ano de 2022.*

*Maria Alexandra da Silva Mota*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *09/12/2022*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_