

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: DIANA PEREIRA ALVES CPF: 943.852.894-68

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:

Solicito afastamento das minhas atividades trabalhistas a partir de 04/04/2023 pelo período de trinta dias.

Diana Pereira Alves.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 04/04/2023

Data: ___/___/___



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Diana Pereira Alves

Atestado

Atesto para os devidos Fins que a supracitada necessita de 30 (trinta) dias de afastamento das atividades laborais para realizar cuidados de Antônio José Alves, idoso acamado com quadro demencial orgânico;

Data: 04/04/23

Recebi em

10.04.2023

Dr. Janistorp da
MÉDICO

CRM-31751

Assinatura CRM/CRO/COEN