



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretário (a)

NOME: Olivia Batista Oliveira CPF: 089.038.614-50

CARGO OU FUNÇÃO: Auxiliar de saúde bucal MATRICULA N°:

SECRETARIA: Secretaria de saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS III Lagea

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. 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 PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito o gozo de férias a partir de 02 de Janeiro de 2023, referente ao ano 2022, pelo período de 30 dias

Olivia Batista Oliveira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 10/11/2022

Data: ___/___/___