

Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: Milena Cristina Fernandes da Silva CPF: 125.591.004-60

CARGO OU FUNÇÃO: tec. enfermagem MATRICULA N°.

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS IV

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 30 dia de férias a partir de 09 de Janeiro de 2023. Referente ao ano de 2022.

Milena Cristina Fernandes
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 17/11/2022

Data: ___/___/___