



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Milena Cristina F. da Silva CPF: 125.591.004-60

CARGO OU FUNÇÃO: tec. enfermagem MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS II

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. 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 checked="" 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:

Solicito declaração de tempo de Serviço, para fins extra curriculares

Milena Cristina F.
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 18/11/22

Data: / /