



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: LETÍCIA DOS SANTOS BEZERRA CPF: 09282957454

CARGO OU FUNÇÃO: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE MATRICULA Nº:

SECRETARIA: SECRETARIA DE SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: UBS III-LAGOA

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 checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito 30 dias de férias a partir do dia 15 de agosto a 15 de setembro de 2023, referente ao exercício de 2022.

Letícia dos Santos Bezerra
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 25/07/2023

Data: ___/___/___