



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: *maria Dalva dos Santos Feliciano* CPF: *884.130.374-87*

CARGO OU FUNÇÃO: *Agente Comunitário de Saúde* MATRICULA N°:

SECRETARIA: *Secretaria de Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *Sítio São Joazeiro*

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMILIA

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 dias de Férias a partir do dia 15 do 06 a 15:07
2023 Referente a o ano de 2022.*


ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *26/05/2023*

Data: ___/___/___