

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: MARIA APARECIDA ALVES CPF: 082465214-60

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSOR MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: CEI ANTONIO CANDIDO

VENI NUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^ª REQUERER:

ANOTAR DIPLOMA OU CURSO SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO AUTE P/CONT'DE TEMPO P/L. PREMIO

FERIAS GOZAR AUTE P/CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA REMOÇÃO

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONTERAÇÃO RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PREMIO AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA À GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Segue o anexo atestado médico.

Maria Aparecida Alves
ASSINANTE/ORA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: / /

Data: / /

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Levíz Aparecida Alves

Atestado

Atesto que a supracitada
menina de 5 (cinco) dias
de afastamento das atividades
escolas laborais

Dr. ~~FRANCO~~ SA

MEDICO

CRM 111

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Data:

26/10/20