



REQUERIMENTO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM FAMILIAR

Matrícula

Nome do servidor

Telefone Contato

Secretaria / Local de Trabalho

Nº. RG (identidade)

Órgão Expedidor

CPF

Cargo

Prazo da Licença

Prorrogação até

Aprovação / Chefia

Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata

Data

O servidor, acima qualificado, requer ao Secretário de Administração e Recursos Humanos desta Prefeitura a Concessão da Licença por motivo de doença em familiar.

Data

Assinatura do Requerente

Responsável pelo atendimento

Data

Assinatura

Matricula