REQUERIMENTO

Ilmo. Sr. Diretor,

Eu .....
(nome completo)

....., ...
(RG) (cargo/função)

Venho requerer a Vossa Senhoria, conforme comprovante anexo, o que segue:

JUSTIFICATIVA DE

FALTA ( ) **ATRASO ( )** **FALTA REUNIÃO**
- **Conselho ( )**
- **Planejamento ( )**
- **Reunião de Área ( )**
- **Reunião Pedagógica ( )**

de ..... (quantidade de hora-aula/minutos) referente ao dia ____/____/____, por motivo:

( ) PRESENÇA EM OUTRA U.E. DO CENTRO PAULA SOUZA

( ) FALTA MÉDICA

( ) CAPACITAÇÃO de ..... dias, referente ao período de ____/____/____ à ____/____/____.
Tema: .....

( ) LICENÇA MÉDICA de ..... dias, referente ao período de ____/____/____ à ____/____/____ CID____.

( ) GALA de ..... dias, referente ao período de ____/____/____ à ____/____/____.

( ) NOJO de ..... dias, referente ao período de ____/____/____ à ____/____/____.

( ) LICENÇA MATERNIDADE de ..... dias, referente ao período de ____/____/____ à ____/____/____.

( ) LICENÇA PATERNIDADE de ..... dias, referente ao período de ____/____/____ à ____/____/____.

( ) Serviço Obrigatório(SO) e Prevista em Lei(PL) de ..... dia(s), referente ao(s) dia(s) ..... (A Direção deverá ser informada com antecedência).

( ) Outros: .....

Nestes Termos, peço deferimento.

Lorena, ... de ..... de 2018.

_____
Assinatura

Informação da Diretoria de Serviço

O requerente, ☐ Faz Jus ao solicitado.
☐ Não faz jus ao solicitado.

Observações:_____

_____
Diretoria de Serviço

☐ Deferido
☐ Indeferido

Observações:_____

_____
Diretor

Lorena, ____/____/2018

Obs.: Este Requerimento deverá ser entregue no dia subsequente a data do afastamento, salvo **Falta Prevista em lei** (PL) que deverá ser informada com antecedência e **Licença Médica** (Falta médica a partir de 2 dias).
Na impossibilidade da entrega do mesmo dentro do período do afastamento, um representante deverá entregá-lo na Diretoria de Serviços Administrativos.