|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ilmo Sr. Secretário da Educação | | | | | | | |
| Nome: | | | RG: | | | CPF: | |
| Cargo/Função-Atividade | | Subq-Tab | Quadro | | Padrão | | Jornada |
|  | | | | | | | |
| Órgão de Classificação | | | Unidade de Exercício | | | | |
| Diretoria de Ensino Região ....... | | | Acumula Cargo/Função-Atividade  Sim ( ) Não ( ) | | | | |
|  | | | | | | | |
| Requer, para regularização de vida funcional a transformação de ...........dias de faltas Injustificadas em justificadas pelo Sr. Secretário em virtude de Licença saúde negada nos períodos de:  \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Justificativa | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ( ) Declaro que nunca antes recebi esse benefício.    ( ) Declaro que já obtive esse benefício correspondente a .............dias de faltas justificadas pelo Sr. Secretário. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Local/ Data | | | Assinatura | | | | |
| Protocolo nº | Data: | | | Recebido por: | | | |