|  |
| --- |
| 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-AtividadeSim ( ) 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: |