Ilmo.(a). Sr. (a) DIRIGENTE REGIONAL DE ENSINO DA REGIÃO DE CAPIVARI

|  |  |
| --- | --- |
| Nome | RG.    CPF  DI |

|  |
| --- |
| Residência, Rua –  BAIRRO: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo/Função-Atividade |  | SUB/TAB/QUADRO | FAIXA | NIVEL |

|  |
| --- |
| Órgão de classificação: |

|  |  |
| --- | --- |
| Diretoria de Ensino da Região de CAPIVARI | Acumula cargo/Função-Atividade  Sim (   ) Juntar Publ. Parecer CPAC  Não (   ) |

|  |
| --- |
| Requer: **Autorização de gozo** de    dias de Licença Prêmio referente a Certidão nº   período de                               PULP/SEDUC Nº |

|  |
| --- |
| Alega: Fazer jus ao pedido |

|  |
| --- |
| Fundamento Legal: Artigo 209 e 213 da Lei 10.261/68, LC 644/89 e LC 1048/08. |

|  |
| --- |
| Documentos Anexados: Portaria de Autorização de gozo |

|  |
| --- |
| Declara que se trata de período inicial |

|  |  |
| --- | --- |
| Local/Data | Assinatura do requerente |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Protocolo Nº | Data | Preenchido por |

|  |  |
| --- | --- |
| Informação do(a): | |
| Local e data | Carimbo e assinatura diretor/Dirigente de Ensino |