P O R T A R I A

O Dirigente Regional de Ensino, no uso de sua competência AUTORIZA para fins de concessão de Auxílio Doença com base na Deliberação 1 (inciso VI), de 17-3-2020, publicada no DOE de 18-3-2020:

NOME, RG, função, Categoria O, da EE ----------------------, município, ------------------------ dias, a partir de ------/--------/-------------.

Santo André, --------- de ----------------- de ---------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do Diretor de escola

Publicado no DOE de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_