|  |  |
| --- | --- |
| C:\WINDOWS\Brasao1.bmp | **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| FORMULÁRIO DE : A T E S T A D O D E F R E Q U Ê N C I A | 03 |

|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE |

|  |
| --- |
|  DE ENSINO - REGIÃO DE CAPIVARI |
| CÓD.UA./DENOMINAÇÃO:       |
| MUNICÍPIO :       | MÊS/ANO/REF:      | UCD: 06-604 |

|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR |
|  |  |  |
| **RG:**  | **RS/PV/EX:**  |
| **NOME:** |
| CARGO/FUNÇÃO:       |

|  |
| --- |
| DADOS PARA PAGAMENTO / REPOSIÇÃO  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERÍODO : DE** **ATÉ**  | QTDE DIAS |
| A F A S T A M E N T O S | FÉRIAS |  |
| **JÚRI E OUTROS SERVIÇOS OBRIGATÓRIOS POR LEIS** |  |
| **GALA** |  |
| **NOJO** |  |
| ABONADAS |  |
| **RETIRADAS/ENTRADAS TARDE /IAMSPE** |  |
| **FALTA MÉDICA** |  |
|
| **LICENÇAS** | **GESTANTE ART. 198** |  |
| **PRÊMIO** |  |
| **SAÚDE – ARTS. 191/193 – ITEM** |  |
| **SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA ART. 199** |  |
|  |  |
| **FALTAS {** | **JUSTIFICADA:**  |  |
| **INJUSTIFICADA:** |  |

|  |
| --- |
| **AUXÍLIO TRANSPORTE - QUANTIDADE DE DIAS :** |

|  |
| --- |
| **OBSERVAÇÕES:**  |

|  |
| --- |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES |
|  |
| **LOCAL:** **DATA: 10/09/2019****PREENCHIDO POR:** | **ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL** |

**DDPE/DEI – EQUIPE FAZENDA**