|  |  |
| --- | --- |
| 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**