

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

**Diretoria de Ensino da Região Capivari**

**EE:**

**Ofício nº**

**Assunto: Cessação da Interrupção de Exercício de Docente Categoria**

**Interessado(a):**

**R.G.**

**Função:**

**Início da Cessação:**

**Motivo da Cessação (Apostilar a nova atribuição):**

**Aulas em Substituição - especificar**

**X Aulas Livres - especificar**

**Ato Decisório (se for o caso)**

**Nº** **Data da publicação:** **/****/**

**Data:**

**Assinatura e identificação do Diretor de Escola**