

ATESTADO DE FREQUÊNCIA

Secretaria da Educação Localidade: Americana

Repartição: Unidade Regional de Ensino de Americana

ATESTO, para os devidos fins, que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matrícula nº............................... teve durante o mês de ................ de ...................... .

(Período de: / / a: / / a seguinte freqüência:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C O M P A R E C I M E N T O S : \_\_\_\_\_\_ dias** | | | |
|  | Férias .................................................................................................  Júri e outros serviços obrigatórios por lei ..........................................  Gala ..................................................................................................  Nojo ..................................................................................................  CRT (convocação p/ reunião treinamento)  Abonadas ( magistério ) ....................................................................  Falta por moléstia comprovada - Art. 110 - Item II, parag. 1º .............................  Falta Médica......................................................................................  Recesso......................................................... ...................................  Nº de saídas antes do término dos trabalhos .......................................  Nº de retiradas durante o expediente ..................................................  Suspensão preventiva - Art. 266 ........................................................  Suspensão - Art. 251 - Item II ...........................................................  Faltas Justificadas............... ...............................................................  Justificadas ....................................................................  FALTAS  Injustificadas ................................................................. | |  |
|  |  | Gestante - Art. 198 .....................................................................  Prêmio .......................................................................................  Acidentado no serviço ou doença profissional Art. 194 ...............  Convocação para o serviço militar - Art. 181 - Item V ................  Moléstia - Art. 188 .....................................................................  Saúde - Arts. 181 - Item I - Item 191 ..........................................  Saúde de pessoa da família - Art. 199 .........................................  Interesses particulares - Art. 202 .................................................  À funcionária casada com funcionário ou militar - Art. 205 ...... |  |
|  |  | TOTAL DOS AFASTAMENTOS: \_\_\_\_\_\_\_ dias |  |
| OBSERVAÇÕES: A.F. fins de expedição de Certidão de Tempo de Serviço. | | | |

Americana,

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

**Nomeado**

**Tempo para vantagens, congelado de 28/05/2020 a 31/12/2021, de acordo com o inciso IX do Art. 8º a  LC 173/2020 de 27/05, publicado no DOE de 28/05/2020.**

**PERÍODO:**

## **OCORRÊNCIAS:**

**2013 - dias**

**Férias:** ................................................................ ....................................................00 dias

**2014 - 365 dias**

**Férias:** .......................................................................................................................00 dias

**2015 – 365 dias**

**Férias:** ..................... ................................................................................................00 dias

**Faltas Abonadas:** ...................................................................................................00 dias

**2016 – 366 dias**

**Férias:** .......................................................................................................................00 dias

**Falta Médica...........**.... ..............................................................................................00 dia

**Faltas Abonadas:** .....................................................................................................00 dias

**2017 – 365 dias**

**Férias:** ......................................................................................................................00 dias

**Falta Médica: ........**..................................................................................................00 dias

**Faltas Abonadas:** ...................................................................................................00 dia

**2018 – ------- dias**

Frequente...................................................................................................................00 dias

Americana,

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