



REQUERIMENTO DE FALTAS ABONADAS

NOME: _____

FUNCIONAL: _____ L N ESTATUTÁRIO CLT

CARGO: _____

SECRETARIA: _____ DEPARTAMENTO: _____

VENHO ATRAVÉS DESTES REQUISITAR O ABONO DE FALTAS, DE ACORDO COM O ART. 123 DA LEI COMPLEMENTAR 18/94 (FALTA ABONADA), DAS SEGUINTE DATAS:

DATA:	MOTIVO:
____ / ____ / ____	_____
____ / ____ / ____	_____
____ / ____ / ____	_____

DECLARO QUE ESTOU CIENTE DO LIMITE DE FALTAS ABONADAS, SENDO ATÉ 3 POR MÊS, NÃO EXCEDENDO 10 POR ANO.

* FALTAS ABONADAS DEVEM SER ASSINADAS PELO SERVIDOR, DIRETOR E SECRETÁRIO DA PASTA.

ASSINATURA DO SERVIDOR

ASSINATURA DO DIRETOR

ASSINATURA DO SECRETÁRIO(A)

Preenchimento reservado à Secretaria de Gestão de Pessoas

DEFERIDO

INDEFERIDO

MOTIVO: _____