

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS**

**FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS**

**PROGRAMA MUNICIPAL DE BOLSA DE ESTUDO E PESQUISA PARA A EDUCAÇÃO PELO TRABALHO- PET/PALMAS**

Quadra 405 Sul, AV. LO-09 Lote 11 - Centro – CEP 77.015-611

Telefone:(63) 3212-7164/E-mail: frequencia.fesp@gmail.com

|  |
| --- |
| **ANEXO I – REQUERIMENTO DIVERSOS** |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A) / BOLSISTA:**  |
| **CARGO/FUNÇÃO:** | **MATRÍCULA:** |
| **LOTAÇÃO (Local de atuação):** |
| **PROJETO/NÚCLEO/PROGRAMA:** |
| **E-MAIL:** | **TELEFONE:** |
| **SOLICITO:** |
| ( ) Desligamento;( ) transferência;( ) Férias/ Descanso (Data de início e Quantidade de dias); | ( ) Licença Maternidade;( ) Atestado;( ) Outros; |
| **DETALHAMENTO DA SOLICITAÇÃO (Obrigatório)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ANEXOS:** |
| 1. ( ) Atestado médico;
2. ( ) Laudo Médico;
 | 1. ( ) Termo de Isolamento emitido pelo profissional médico;
2. ( ) Outros;
 |

|  |
| --- |
| Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.Palmas-TO, de de . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Servidor/Bolsista |

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Favorável ( ) Desfavorável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Chefe Imediato Responsável | ( ) Favorável ( ) Desfavorável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do(a) Coordenador(a) do Projeto/Núcleo/Programa/Plano |

|  |
| --- |
|  ( ) Favorável ( ) Desfavorável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Recursos Humanos da FESP ou da Coordenação do PET/Palmas |