



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
Q. Ae 103 Sul Avenida Lo 1 A, 40 - Arso, Palmas - TO, 77015- 050
Telefone:(63) 99242-7072/E-mail: rh.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 (Informar a data do desligamento); () Férias/ Descanso (Data de início e Quantidade de dias); () Licença Maternidade;	() Atestado; () Outros;
DETALHAMENTO DA SOLICITAÇÃO (Obrigatório)	
<hr/> <hr/> <hr/>	
ANEXOS:	
1. () Atestado médico; 2. () Laudo Médico;	3. () Termo de Isolamento emitido pelo profissional médico; 4. () 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	() Favorável () Desfavorável
_____	_____
Assinatura do Chefe Imediato Responsável	Assinatura do(a) Coordenador(a) do Projeto/Núcleo/Programa/Plano

() Favorável () Desfavorável

Assinatura do Recursos Humanos da FESP ou da Coordenação do PET/Palmas