



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:	
<input type="checkbox"/> Desligamento; <input type="checkbox"/> transferência; <input type="checkbox"/> Férias/ Descanso (Data de início e Quantidade de dias);	<input type="checkbox"/> Licença Maternidade; <input type="checkbox"/> Atestado; <input type="checkbox"/> Outros;
DETALHAMENTO DA SOLICITAÇÃO (Obrigatório)	
ANEXOS:	
1. <input type="checkbox"/> Atestado médico; 2. <input type="checkbox"/> Laudo Médico;	3. <input type="checkbox"/> Termo de Isolamento emitido pelo profissional médico; 4. <input type="checkbox"/> Outros;

<p>Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.</p> <p style="text-align: right;">Palmas-TO, _____ de _____ de _____.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do Servidor/Bolsista</p>

<input type="checkbox"/> Favorável <input type="checkbox"/> Desfavorável	<input type="checkbox"/> Favorável <input type="checkbox"/> Desfavorável
_____	_____
Assinatura do Chefe Imediato Responsável	Assinatura do(a) Coordenador(a) do Projeto/Núcleo/Programa/Plano

<input type="checkbox"/> Favorável	<input type="checkbox"/> Desfavorável

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

