

Processo nº _____

Protocolo: _____

Documento: _____

Origem: _____

Nome: _____

REOUERIMENTO

Nome:

Matrícula:

Situação Funcional:

Cargo:

Função:

Unidade de Exercício:

End. Residencial:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone residencial:

Telefone celular:

Telefone trabalho:

Telefone recado:

REQUER: À

Secretária de Estado de Administração

Secretária de Estado de Assistência Social e dos Direitos Humanos

(___) Adicional por Tempo de Serviço

(___) Apostilamento de nome, conforme certidão(ões) anexa(s)

(___) Averbação de Tempo de Serviço, conforme certidão(ões) anexa(s)

(___) Exoneração de cargo em comissão, com validade a partir de ____/____/____

(___) Exoneração do cargo efetivo que ocupa, com validade a partir de ____/____/____

(___) Licença para Trato de Interesse Particular

(___) Pagamento de diferença de vencimento, referente a(o) _____

(___) Progressão de Nível

(___) Prorrogação da Licença Maternidade

(___) Prorrogação da Redução de Carga Horária

(___) Redução de Carga Horária _____

(___) Revogação de Cedência

(___) Vacância de Cargo declarado a partir de: ____/____/____

(___) Outros _____

Requerente

Local/Data _____

Recebido por

Local/Data _____

