

REQUERIMENTO

NOME:

MATRÍCULA:

FUNÇÃO:

LOTAÇÃO: **DMD**

NÍVEL:

À ():

- () 01. Abono - Acordo Coletivo - Meio Período - dia(s): _____
- Período integral – dia(s): _____
- () 02 Acervo: _____ meses, referente ao período aquisitivo de _____ a _____
- () 03 Adicional de Insalubridade
- () 04 Adicional de Periculosidade
- () 05 Alteração de Regime de Trabalho, de _____ para _____ horas semanais
- () 06 Ascensão de nível
- () 07 Férias – período de: _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____
- () 08 Incentivo à Titulação
- () 09 Licença Especial: _____ meses, de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____
- () 10 Licença período de: _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____
- () 11 Promoção
- () 12 Remoção interna, do(a) _____ para _____, a partir de _____ / _____ / _____
- () 13 Afastamento de: _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____
- () 14 Outros: _____

COMPLEMENTAÇÕES / JUSTIFICATIVAS

Não será autorizado pela chefia do DMD qualquer tipo de afastamento sem que haja referência a necessidade de substituto das atividades acadêmicas e assinatura do coordenador de área.

Maringá,

AUTORIZO

(carimbo e assinatura da chefia)

Assinatura do(a) requerente

DMD

Nome:

Assunto: