



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SÃO ROQUE

ESTADO DE SÃO PAULO

Protocolo nº _____

Data: ____ / ____ / ____

Visto/RH _____

REQUERIMENTO PARA AFASTAMENTOS INFERIORES A UM DIA

Matrícula:	Nome:
Cargo/Emprego:	
Regime: <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Comissão <input type="checkbox"/> Temporário	
Local de Trabalho:	
Endereço:	
Bairro:	Cidade:
Telefone(s):	

O(a) servidor(a) acima requer o afastamento do dia ____ / ____ / ____, conforme segue:

01) Afastamento por atestado médico:
 manhã tarde noite **ou** de _____ horas até _____ horas

02) Afastamento por atestado médico para acompanhar familiar: Parentesco: _____
 manhã tarde noite **ou** de _____ horas até _____ horas

03) Afastamento para juri e/ou à disposição da justiça:
 manhã tarde noite **ou** de _____ horas até _____ horas

04) Afastamento por intimação judicial:
 manhã tarde noite **ou** de _____ horas até _____ horas

Preenchimento Obrigatório

Horário de trabalho a ser cumprido neste dia:
 Manhã: _____ Tarde: _____ Noite: _____

Nestes termos, pede deferimento.

São Roque,

assinatura do servidor

Comprovante de Recebimento

Declaro que, nesta data, recebi o pedido de afastamento comprovado em documento anexo.

Data ____ / ____ / ____	Assinatura e carimbo do responsável
----------------------------	-------------------------------------

SERVIÇO MÉDICO

Itens 01 e 02 – Afastamento médico ao servidor e/ou familiar	Motivo do indeferimento
<input type="checkbox"/> Defiro o pedido de afastamento	_____
<input type="checkbox"/> Indefiro o pedido de afastamento	_____
<input type="checkbox"/> Inspeção médica, relatório anexo.	_____

Data ____ / ____ / ____	Assinatura do médico	Carimbo do Médico
----------------------------	----------------------	-------------------