



**PROGRAMAÇÃO DE LICENÇA PREMIO**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis  
Recursos Humanos**

**LICENÇA PREMIO – PROGRAMAÇÃO**

**MATRICULA:**  **NOME:**

**CARGO EFETIVO:**  **SIGLA/GRATIF:**

**TEL/CEL/RAMAL:**

**DEPARTAMENTO:**

**LICENÇA PREMIO - PROGRAMAÇÃO**

**PERÍODO AQUISITIVO/ QUINQUÊNIO DE LICENÇA:**  a

GOZO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DIAS	OBRIGATÓRIO MARCAR MÍNIMO DE:
1º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	30 (trinta) dias.
2º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	30 (trinta) dias.
3º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	30 (trinta) dias.

**Encontro-me ciente que, a concessão deste direito será analisada, através da averiguação dos afastamentos funcionais de acordo com a legislação vigente.**

**CIÊNCIA E AUTENTICAÇÃO**

<b>Servidor/Empregado:</b>  ____/____/____ Angra dos Reis	<b>Chefia Imediata:</b>  ____/____/____ Angra dos Reis
_____ Assinatura	_____ Assinatura/Carimbo