



PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS FRAZIONADA

Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis - ANGRAPREV
Diretoria de Recursos Humanos

FORMULÁRIO DE PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS FRAZIONADA

MATRICULA: **NOME:**

CARGO EFETIVO: **SIGLA/GRATIF:**

TEL/CEL/RAMAL:

DEPARTAMENTO:

MARCAÇÃO DE FÉRIAS				ADIANT. DE SALÁRIO
PERÍODO AQUISITIVO DE FÉRIAS: <input type="text"/> a <input type="text"/>				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FRAÇÃO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DIAS	OBRIGATÓRIO MARCAR MÍNIMO DE:
1º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10 (dez) dias.
2º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07 (sete) dias, devendo em caso de finalização completar os 30 (trinta) dias.
3º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07 (sete) dias, devendo em caso de finalização completar os 30 (trinta) dias.

INTERINO NOMEADO:

Possue Interino? Sim Não - Permitido apenas quando as férias ultrapassarem 15(quinze) dias de gozo.

Matrícula: Nome:

CIÊNCIA E AUTENTICAÇÃO

Servidor/Empregado:	Chefia Imediata:
 _____/_____/_____ Angra dos Reis	 _____/_____/_____ Angra dos Reis
Assinatura	Assinatura/Carimbo

Este formulário deverá ser encaminhado até o dia 10 (dez) do mês anterior ao gozo das férias.