

**CANCELAMENTO DE LICENÇA PREMIO****Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos****LICENÇA PREMIO – CANCELAMENTO**

MATRICULA: **NOME:**

CARGO EFETIVO: **SIGLA/GRATIF:**

TEL/CEL/RAMAL:

DEPARTAMENTO:

LICENÇA PREMIO - CANCELAMENTO

PERÍODO AQUISITIVO/ QUINQUÊNIO DE LICENÇA: a

GOZO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DIAS	PROCESSO DIGITAL A SER CANCELADO:
1º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CIÊNCIA E AUTENTICAÇÃO

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

AUTENTICAÇÃO DO SECRETARIO/PRESIDENTE

Angra dos Reis, ____ de ____ de ____.

Secretário(a)

RH – INDEFERIMENTO:

- () Não possui marcação _____.
- () Preenchimento incorreto/rasurado.
- () Processo Digital não informado ou informado erroneamente.
- () Outros: _____

Angra dos Reis, ____ de ____ de ____.

Recursos Humanos

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