



**PROGRAMA SOCIAL
CANCELAMENTO**

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

CANCELAMENTO DO PROGRAMA SOCIAL

Eu , portador (a) da matrícula nº
informo que meus serviços **encerrarão a partir do dia** .

Caso exista pendências não finalizadas junto ao Recursos Humanos me encontro ciente que terei meu pagamento suspenso ou serei encaminhado para dívida ativa do Município, até sua regularização.

Segue abaixo os motivos do cancelamento:

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Beneficiado(a) do Programa
Social

CANCELAMENTO DO PROGRAMA SOCIAL/ CONFIRMAÇÃO DE CIÊNCIA DA CHEFIA

Ao: Recursos Humanos

Esta Unidade Administrativa encontra-se ciente que o(a) citado(a) tomou conhecimento de seu cancelamento do Programa Social oferecido pela Prefeitura Municipal de Angra dos Reis.

Solicitamos retornar o presente documento (inteiro) ao Recursos Humanos, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas. Caso esta carta não seja encaminhada via processo digital, o(a) referido(a) se manterá em folha de pagamento até sua regularização. Fica o chefe imediato responsável por acompanhar a finalização do procedimento administrativo de cancelamento.

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Chefia Imediata

Digitar, imprimir, assinar, escanear e enviar via processo digital no link:
<https://portaldoservidor.angra.rj.gov.br/consulta-processos.asp>