ALTERAR, INTERROMPER OU CANCELAR AS FÉRIAS

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

ALTERAR, INTERROMPER OU CANCELAR AS FÉRIAS

MATRICULA: **NOME:**

CARGO EFETIVO: **SIGLA/GRATIF:**

UNIDADE ADMINISTRATIVA:

Defina o tipo de situação que deseja optar:

◯ **ALTERAR** ◯ **INTERROMPER** ◯ **CANCELAR**

No caso de cancelamento não é necessário informar um novo período, porém ao alterar e interromper a informação é obrigatória.

Informe o nº do processo que sofrerá a modificação:

Nº DO PROCESSO:

PERÍODO DE MARCAÇÃO ATUAL		**PERÍODO DE MARCAÇÃO NOVO**	
DATA DE INÍCIO	**DATA DE FIM**	**DATA DE INÍCIO**	**DATA DE FIM**

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO

EM CASO DE INTERINO NOMEADO

Possue Interino? ◯ Sim ◯ Não - Caso o interino tenha recebido 30 (trinta) dias referentes ao período do titular do cargo, o mesmo sofrerá o desconto proporcional ao recebimento após o cancelamento, interrupção ou alteração das férias do titular.

Matrícula: Nome:

Angra dos Reis, _____ de _____de _____.

_____
Assinatura do Requerente
(Funcionário)

CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

Chefe Imediato:		Secretário/Superintendente:	
____/____/____	_____	____/____/____	_____
Angra dos Reis	Assinatura	Angra dos Reis	Assinatura/Carimbo

Este formulário deverá ser encaminhado até o dia 10 (dez) de cada mês, tendo como prazo final para execução do procedimento, 60 (sessenta) dias após o período de férias marcado.