



PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS FRACIONADA

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

FORMULÁRIO DE PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS FRACIONADA

MATRICULA: **NOME:**

CARGO EFETIVO: **SIGLA/GRATIF:**

TEL/CEL/RAMAL:

DEPARTAMENTO:

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

Angra dos Reis, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Requerente
(Funcionário)

CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

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

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