PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS

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

FORMULÁRIO DE PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS

MATRICULA: _____ **NOME:** _____

CARGO EFETIVO: _____ **SIGLA/GRATIF:** _____

TEL/CEL/RAMAL: _____ _____ _____ _____ _____ _____

DEPARTAMENTO: _____

MARCAÇÃO DE FÉRIAS			
PERÍODO AQUISITIVO DE FÉRIAS:		**a**	
DATA DE INÍCIO	**DATA DE FIM**	**DIAS**	**ADIANTAMENTO DE SALÁRIO**
			◯ Sim ◯ Não

EM CASO DE INTERINO NOMEADO

Possue Interino? ◯ Sim ◯ Não - Apenas poderá ser concedida quando a marcação do titular das férias ocorrer acima de 15 (quinze) dias.

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) do mês anterior ao gozo das férias.