



**ALTERAR, INTERROMPER OU CANCELAR AS FÉRIAS**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis  
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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	   ____/____/____ Angra dos Reis
Assinatura	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.**