PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS FRACIONADA

Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
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:		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.