CANCELAMENTO DE LICENÇA PREMIO

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

LICENÇA PREMIO - CANCELAMENTO

MATRICULA: **NOME:**

CARGO EFETIVO: **SIGLA/GRATIF:**

TEL/CEL/RAMAL:

DEPARTAMENTO:

LICENÇA PREMIO – CANCELAMENTO

Nº DO PROCESSO:

PERÍODO AQUISITIVO/QUINQUÊNIO DA LICENÇA PRÊMIO: **a**

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DIAS	OBRIGATÓRIO MARCAR PERÍODO MÍNIMO:
			30 (Trinta) dias.
			30 (Trinta) dias.
			30 (Trinta) dias.

Encontro-me ciente que, o cancelamento apenas poderá ser requerido mediante um processo de solicitação que já tenha sido autorizado, onde o mesmo deverá ser devidamente informado no formulário acima, do contrário este processo será cancelado.

CIÊNCIA E AUTENTICAÇÃO	
Servidor/Empregado:	Chefia Imediata:
____/____/____ Angra dos Reis	____/____/____ Angra dos Reis
_____ Assinatura	_____ Assinatura/Carimbo