



**PROGRAMAÇÃO DE LICENÇA PREMIO**

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

**LICENÇA PREMIO - PROGRAMAÇÃO**

**MATRICULA:**  **NOME:**

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

**TEL/CEL/RAMAL:**

**DEPARTAMENTO:**

**LICENÇA PREMIO - PROGRAMAÇÃO**

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

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DIAS	OBRIGATÓRIO MARCAR PERÍODO MÍNIMO:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	30 (Trinta) dias.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	30 (Trinta) dias.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	30 (Trinta) dias.

**Encontro-me ciente que, a concessão deste direito será analisada, através da averiguação dos afastamentos funcionais de acordo com a legislação vigente.**

**AUTENTICAÇÃO**

<b>Servidor/Empregado:</b>  ____/____/____ Angra dos Reis	<b>Chefia Imediata:</b>  ____/____/____ Angra dos Reis
_____ Assinatura	_____ Assinatura/Carimbo