

REQUERIMENTO

Nome do funcionário:

CPF:

Matrícula:

Cargo:

Telefone:

Unidade de Saúde:

Gerência Distrital:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

E-mail:

Venho por meio deste requerer _____

pelas razões à seguir expostas: _____

Declaro-me ciente de que, caso o objeto do meu requerimento não encontre previsão legal, a apreciação e eventual deferimento será ato discricionário do empregador, descabendo, dessa forma, a reiteração do pedido em caso de indeferimento.

Porto Alegre, ____ de _____ de 201__.

Assinatura