



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

REQUERIMENTO - LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES

| DADOS DO SERVIDOR | |
|--|-----------------------|
| NOME | |
| REGISTRO FUNCIONAL | TELEFONE PARA CONTATO |
| VÍNCULO <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO EFETIVO <input type="checkbox"/> CLT ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CLT NÃO ESTÁVEL | |
| SECRETARIA | LOCAL DE TRABALHO |
| CARGO OU EMPREGO | |
| DATA DO EXERCÍCIO ____/____/____ | CARGA HORÁRIA SEMANAL |
| JUSTIFICATIVA _____ _____ _____ | |
| DOCUMENTAÇÃO ANEXA _____ _____ | |
| PERÍODO DE LICENÇA INÍCIO ____/____/____ TÉRMINO ____/____/____. | |
| <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZO O DESCONTO DA MENSALIDADE DO CONVÊNIO MÉDICO PESSOAL SAÚDE NA FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL, DURANTE O PERÍODO DA MINHA LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES. <input type="checkbox"/> AUTORIZO O DESCONTO DA MENSALIDADE DO CONVÊNIO MÉDICO PESSOAL SAÚDE NA FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL, DURANTE O PERÍODO DA MINHA LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES. PORTANTO, COMPROMETO-ME A DEVOLVER OS VALORES GERADOS A PARTIR DO MEU RETORNO, CASO ESTES TENHAM GERADO EVENTO DE ESTORNO POR FALTA DE VENCIMENTOS A RECEBER. DESTA FORMA, PODEREI USUFRUIR DO BENEFÍCIO DO CONVÊNIO MÉDICO DURANTE O PERÍODO DA LICENÇA. | |
| MAUÁ, ____/____/____ SERVIDOR (ASSINATURA) | |
| PARECER/JUSTIFICATIVA _____ _____ | |
| DECLARO QUE: <input type="checkbox"/> SOMOS FAVORÁVEIS OU <input type="checkbox"/> NÃO SOMOS FAVORÁVEIS AO REQUERIDO PELO(A) SERVIDOR(A). | |
| MAUÁ, ____/____/____ CHEFEIA IMEDIATA (ASSINATURA E CARIMBO) SECRETARIA DE ORIGEM (ASSINAT. E CARIMBO) | |
| PARECER DA COMISSÃO DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE DESEMPENHO: - SERVIDOR ENCONTRA-SE EM ESTÁGIO PROBATÓRIO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. - SERVIDOR ENCONTRA-SE EM AVALIAÇÃO PERIÓDICA DE DESEMPENHO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. - AVALIAÇÃO DA COMISSÃO DO SGD: | |
| MAUÁ, ____/____/____ COORDENADOR DO SGD (ASSINATURA) | |
| POSICIONAMENTO DO DADP (DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL), QUANTO AO SOLICITADO, É PELO: <input type="checkbox"/> DEFERIMENTO AO REQUERIDO OU <input type="checkbox"/> NÃO DEFERIMENTO AO REQUERIDO. | |
| MAUÁ, ____/____/____ DIRETOR DO DADP (ASSINATURA) | |
| O POSICIONAMENTO DA SA (SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO), QUANTO AO SOLICITADO, É PELO: <input type="checkbox"/> DEFERIMENTO AO REQUERIDO OU <input type="checkbox"/> NÃO DEFERIMENTO AO REQUERIDO. | |
| MAUÁ, ____/____/____ SECRETÁRIO (ASSINATURA) | |
| DELIBERAMOS PELO: <input type="checkbox"/> DEFERIMENTO AO REQUERIDO OU <input type="checkbox"/> NÃO DEFERIMENTO AO REQUERIDO. | |
| MAUÁ, ____/____/____ PREFEITO (ASSINATURA) | |