



ESTADO DA PARAÍBA MUNICÍPIO DE DONA INÊS PODER EXECUTIVO



REQUERIMENTO

NOME: _____ MAT _____

PRÉDIO QUE TRABALHA _____ CARGO _____ SECRETARIA _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

Ao Excelentíssimo Senhor Prefeito de Dona Inês, Estado da Paraíba, **Requerer:**

Dona Inês/PB, ___ de _____ de 2022.

Assinatura do requerente

ATENÇÃO: De acordo com *Decreto Municipal 008/2021*, o servidor deverá apresentar **atestado médico no prazo máximo de 02 dias contados da data do início do seu afastamento**. Os afastamentos **acima de 15 dias devem requerer auxílio doença**, a qual **não poderá ser superior a 30 dias**, podendo ser **renovado por igual período após nova perícia médica**, com exceção da licença maternidade.

