ATO DE COMUNICAÇÃO FORMAL

Ao Departamento de Recursos Humanos

Prefeitura Municipal de Jaguaribara/CE

Assunto: Requerimento de **Licença para Capacitação**.

Nome Completo do Servidor (a): _____

Número de Matrícula: _____

Cargo: _____

Local de Lotação: _____

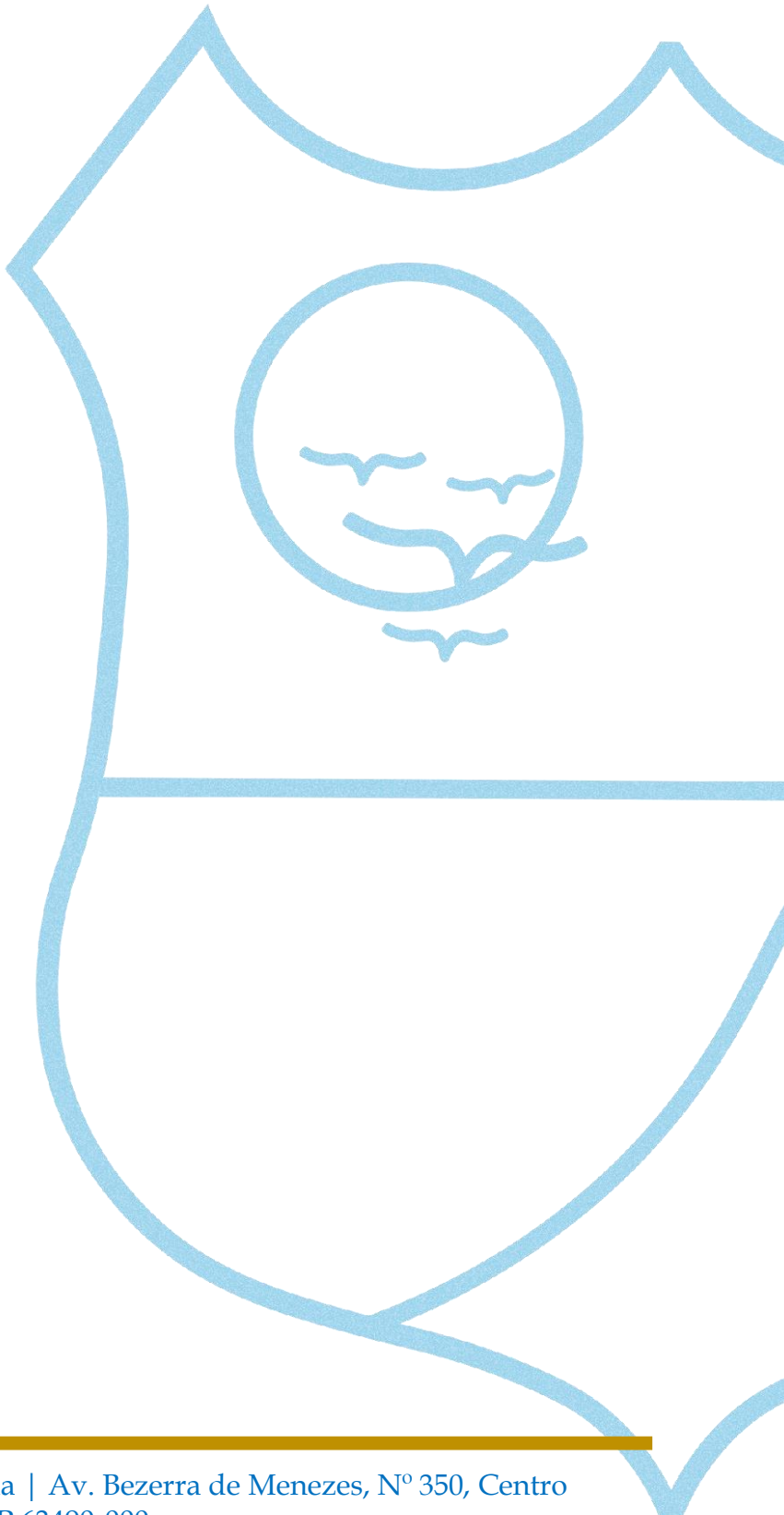
Número de CPF: ___.___.___-___

Contato: (___) __ _____-_____

E-mail: _____

Eu, servidor(a) público(a) municipal acima qualificado(a), venho, por meio deste, COMUNICAR e solicitar registro e providências administrativas relativas ao gozo de concessão funcional prevista no Estatuto dos Servidores do Município de Jaguaribara (LC nº 01/2007, arts. 120 a 122), conforme hipótese abaixo assinalada e documentação comprobatória anexa, para análise e registro.

(Em atenção a tabela abaixo, o servidor requerente deverá marcar a hipótese de concessão que deseja solicitar)



	Tipo de Concessão	Hipótese/Prazo	Documentação
( )	Ausência por Doação de Sangue	Ausência por **2 (dois) dias**	**Comprovante oficial de doação** emitido pelo órgão competente
( )	Ausência para Alistamento Eleitoral	Ausência por **2 (dois) dias**	**Documento oficial de alistamento** ou comprovante emitido pela Justiça Eleitoral
( )	Ausência por Casamento	Ausência por **8 (oito) dias consecutivos**, a partir do evento	Certidão de casamento
( )	Ausência por Falecimento	Ausência por **8 (oito) dias consecutivos**, a partir do evento (cônjuge/companheiro, pai/mãe/madrasta/padrasto, filhos/enteados, menor sob guarda judicial e irmãos)	**Certidão de óbito + documento que comprove relação de dependência** (para enteado/menor sob guarda)
( )	Horário Especial – Servidor Estudante	**Redução de 2 horas diárias**, quando houver incompatibilidade entre horário escolar e expediente	**Comprovante de matrícula + declaração da instituição com horários + grade curricular atualizada**
	Horário Especial –	Horário especial	Laudo da perícia

( )	Servidor com Deficiência	**sem compensação**, mediante comprovação por junta médica	médica oficial
( )	Horário Especial – Dependente com Deficiência	Horário especial quando servidor tiver dependente com deficiência (comprovar deficiência, parentesco/dependência e necessidade de assistência direta)	**Laudo médico do dependente** + **documento que comprove dependência** + **justificativa da necessidade de acompanhamento**
( )	Garantia de Matrícula Escolar – Servidor Removido	Garantia de matrícula em instituição congênere quando removido no interesse da Administração	**Documento de remoção por interesse da Administração** + **documentos do servidor e dependentes** (certidões, RG etc.)
( )	Garantia de Matrícula Escolar – Dependentes	Extensão aos dependentes indicados no Manual (cônjuge/companheiro; filhos/enteados sob companhia; menor sob guarda judicial)	**Documentos pessoais do dependente** + **prova de convivência** ou **guarda judicial**

Em atenção às informações dispostas na tabela acima, declaro a veracidade das informações prestadas e que a presente comunicação segue instruída com a documentação exigida para a hipótese assinalada.

Jaguaribara/CE, _____ de _____ de _____

_____

assinatura do servidor requerente