REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Ao Departamento de Recursos Humanos

Prefeitura Municipal de Jaguaribara/CE

Assunto: Requerimento de **Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família**.

Nome Completo do Servidor (a): _____

Número de Matrícula: _____

Cargo: _____

Local de Lotação: _____

Número de CPF: ___.___.___-___

Contato: (___) __ _____-_____

E-mail: _____

Nome do Familiar que necessita da assistência: _____

Grau de parentesco: _____

O parente consta como dependente nos assentamentos funcionais do servidor:

( ) SIM	( ) NÃO

Eu, servidor(a) público(a) municipal acima qualificado(a), venho, por meio deste, **requerer a concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família**, pelo período de **[___] dias**, com início em _____ (inserir a data inicial) e término em _____ (inserir a data final), por necessitar prestar **assistência direta e indispensável** ao(à) familiar acima identificado, conforme documentação médica anexada a este requerimento.

Declaro, para devidos fins administrativos, que:

a) a assistência necessária **não pode ser prestada simultaneamente** ao exercício regular das minhas funções; e

b) **não há possibilidade de compensação de horários**, conforme o Manual.

Abaixo está a relação de documentos que seguem anexos a este ato de comunicação formal, conforme as exigências da Lei Complementar n° 01/2007 e do Manual Prático dos Servidores.

1. Documento idôneo que comprove o vínculo familiar;
2. Relatório ou atestado médico especificando o quadro clínico do familiar;
3. Declaração médica justificada acerca da necessidade de assistência direta e pessoal pelo servidor;
4. Declaração médica com o prazo necessário dos cuidados e o prazo de licença correspondente;

Jaguaribara/CE, _____ de _____ de _____

_____

assinatura do servidor requerente