****

**REQUERIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| EXCELENTÍSSIMO SENHORALESSANDRO RIBEIRODD. PREFEITO MUNICIPALLEÓPOLIS-PARANÁ | PROTOCOLO |
| ***EXPOR:***Sendo Servidor Público desta Municipalidade em exercício e estando impossibilitado de exercer minhas funções por motivo de Saúde, conforme atestado anexo, nos termos da Lei, Vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria,***REQUERER:***A Concessão da *LICENÇA PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA SAÚDE*, pelo período de \_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) dias, conforme determina o Art. 86 da Lei Municipal nº 795/2003.Estou ciente dos procedimentos necessários para a Avaliação do Médico Oficial do Trabalho do Munícipio.Termos em que, pede deferimento |

|  |
| --- |
| Leópolis, xx de xxxxxxxxxxxx de 20xx.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Requerente |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME DO SERVIDOR** | **MATRÍCULA** | **ADMISSÃO** |
| **RG / ÓRGÃO EXPEDIDOR** | **CPF** |
| **CARGO PÚBLICO** | **LOTAÇÃO** |
| **UNIDADE ADMINISTRATIVA** |