**REQUERIMENTO**

**AO(À) SECRETÁRIO(A) DA PASTA DE LOTAÇÃO**

Ilmo(a). Sr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ILMO. SR. BRUNO EDUARDO PECINELLI DELGADO**

Secretário Municipal de Administração

Prefeitura Municipal de Sorriso/MT

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Servidor(a) Público(a) Municipal, no cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vinculo Efetivo**( )** / Comissionado**( )**, portador(a) do CPF sob nº \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, com matrícula funcional nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e data de admissão \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, lotado(a) na Secretaria Municipal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desempenhando minhas atividades laborais na Unidade/local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho por meio deste, **REQUERER LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA** (Art. 118 da LC 140), conforme atestado médico original em anexo. Referente ao familiar doente, informo o seguinte:

Nome do familiar doente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relação de parentesco:

( ) cônjuge ou companheiro(a) ( ) filho(a) ( ) enteado(a)

( ) pai ( ) mãe ( ) padrasto ( ) madrasta

( ) dependente que viva as suas expensas e conste do seu assentamento funcional.

Grato(a) de vossa compreensão, aguardo deferimento.

Sorriso/MT, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_.

**­­­­­­­­­­­­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) Servidor(a)**

Telefone: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciência da Chefia Imediata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_.