**AFASTAMENTO DOAÇÃO DE SANGUE**

**1.Identificação**

|  |
| --- |
| **NOME:** |
| **NOME SOCIAL:** |
| **CARGO/FUNÇÃO:** |
| **MATRÍCULA:** |
| **LOTAÇÃO:** |
| **TELEFONE/RAMAL:** |
| **TELEFONE PESSOAL** |
| **E-MAIL PESSOAL:** |

**[ ] DO QUADRO EFETIVO**

**[ ] SEM VÍNCULO**

**[ ] CEDIDO**

**[ ] REQUISITADO**

**[ ] EXERCÍCIO PROVISÓRIO**

O(A) REQUERENTE ACIMA IDENTIFICADO(A), vem requerer o afastamento do serviço pelo motivo abaixo:

( ) por 1 (um) dia, para doação de sangue;

**Juntar ao pedido.**

**Comprovante do HEMOCENTRO**

**ENCAMINHAR O PROCESSO PARA: AL-NGP-SLP- Seção de Legislação de Pessoal**