**AFASTAMENTO POR FALECIMENTO DE FAMILIAR**

**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 8 (oito) dias consecutivos em razão de : (Nojo) falecimento do cônjuge, companheiro, pais, madrasta ou padrasto, filhos, enteados, menor sob guarda ou tutela e irmãos.

 **Grau de parentesco do familiar falecido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IMPORTANTE: Juntar ao pedido.

Certidão de Óbito

**ENCAMINHAR O PROCESSO PARA: AL-NGP-SQV – SEÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA**