

COMUNICAÇÃO DE FALTA POR CONSULTA, TRATAMENTO AMBULATÓRIO E EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO DO PRÓPRIO E FAMILIARES

Ex.mo Senhor Diretor do
Agrupamento de Escolas de Proença-a-Nova
Av. do Colégio, 26
6150 – 401 Proença-a-Nova

Eu, _____(nome),
_____(categoria) a exercer funções na Escola _____
_____ comunico a V.Ex.a que me
ausentarei do serviço no dia ____/____/_____, das _____ às _____
horas, por necessidade de (x) _____ do próprio / por
assistência a familiar (riscar o que não interessa) em _____(localidade),
_____(entidade),
conforme a alínea i) do n.º 2 do art.º 134 da Lei n.º 35/2014 de 20 de junho.

Proença-a-Nova, ____ de _____ de 201 ____

(assinatura)

Informação Serviços Administrativos

O funcionário

em, ____/____/20____

Despacho da Direção

Deferido
 Não Deferido
O diretor

em, ____/____/20____