



Prefeitura Municipal de Iracemápolis

CNPJ: 45.786.159/0001-11

A(o)

Sr.(a) _____

REQUERIMENTO DE FALTA ABONADA

Eu, _____

RG _____, Cargo/Função _____, venho requerer, conforme Lei Complementar 50/2022, 01 (uma) falta abonada no dia ___/___/_____, sendo esta a 1ª () 2ª () 3ª () 4ª () 5ª () 6ª () falta abonada do ano de _____.

Justificativa: _____

Nestes termos peço deferimento.

Iracemápolis, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Funcionário

Deferido, ___/___/____

Assinatura da Chefia