

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

DATA: ____/____/____

PROCESSO Nº: ____/____

Exmo. Sr. Prefeito Municipal de Taubaté

Eu, _____,
RG: _____, CPF: _____, Matrícula: _____
Endereço: _____ nº _____ Bairro:
_____, cidade: _____, venho respeitosamente à
presença de Vossa Excelência, vem requerer o **Afastamento Sem Vencimentos** a
contar de: ____/____/____:

Cargo:	
Secretaria:	
Período do Afastamento:	

Justificativa:

Obs.: Anexar Cópia de Rg/CPF ou CNH e caso possua convênio médico, é necessário o preenchimento da [DECLARAÇÃO PARA OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE](#).

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Taubaté, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente