



REQUERIMENTO PARA LICENÇAS

(ANEXO I – Ato da Presidência nº 102/2017)

Código:

FOR-DIGEP-SERV-009
(Ver. 00)

Identificação do Servidor

Identificação do Servidor		
Nome		Matrícula
Cargo	Local de Trabalho	Comarca
Endereço		
Bairro	Município/UF	Telefone

REQUER

- Licença **por motivo de doença em pessoa da família**, por _____ dias, a partir de ____ / ____ / _____, conforme atestado médico em anexo (*). (Art. 82, I, da LC nº 58/2003).
- Licença **por motivo de afastamento do cônjuge ou do companheiro**, por _____ dias, a partir de ____ / ____ / _____, conforme documento comprobatório em anexo. (Art. 82, II, da LC nº 58/2003).
- Licença **para o serviço militar**, por _____ dias, a partir de ____ / ____ / _____, conforme documento comprobatório em anexo. (Art. 82, III, da LC nº 58/2003).
- Licença **para atividade política**, por _____ dias, a partir de ____ / ____ / _____, conforme documento comprobatório em anexo. (Art. 82, IV, da LC nº 58/2003).
- Licença **para capacitação, treinamento, reciclagem e aperfeiçoamento**, por _____ dias, a partir de ____ / ____ / _____, conforme documento comprobatório em anexo. (Art. 82, V, da LC nº 58/2003).
- Licença **para tratar de interesses particulares**, por _____ dias, a partir de ____ / ____ / _____ (Art. 82, VI, da LC nº 58/2003).
- Licença **para desempenho de mandato classista**, por _____ dias, a partir de ____ / ____ / _____, conforme documento comprobatório em anexo. (Art. 82, VII, da LC nº 58/2003).
- Licença **para tratamento da própria saúde**, por _____ dias, a partir de ____ / ____ / _____, conforme atestado médico em anexo. (Art. 177 da LC nº 58/2003).
- Licença **à maternidade**, por 180 (cento e oitenta) dias, a partir de ____ / ____ / _____, conforme documento comprobatório em anexo. (Resolução TJPB nº 06/2009).
- Licença **paternidade**, por 20 (vinte) dias consecutivos, a partir de ____ / ____ / _____, conforme documento comprobatório em anexo. (Resolução TJPB nº 22/2016).

(* No atestado médico referente à licença por motivo de doença em pessoa da família deverá constar os nomes do paciente e do acompanhante, bem como documento comprobatório do parentesco (RG ou Certidão de Nascimento, no caso de pai ou mãe; Certidão de Casamento, no caso de cônjuge; Certidão de Nascimento, no caso de filhos).

Local	Data	Assinatura do Requerente