**REQUERIMENTO DE LICENÇA** **POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA**

Eu, ................................................................................., matrícula nº..........., portador(a) do RG n° ...................... e inscrito(a) no CPF n° ...................., ocupante do cargo de ..............................................................., lotado(a) na/no ...................................., venho por meio deste, requerer a concessão de 30 (trinta) dias de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, prevista no artigo 79, I e artigo 84, ambos da Lei Complementar nº 001/2006, conforme segue abaixo:

|  |
| --- |
| Período da Licença: De \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Nome do Familiar: |
| Grau de Parentesco: |
| Endereço do Familiar: |

Nestes termos, aguarda deferimento.

Cruz Machado, .... de .................... de 20....

NOME

Cargo

|  |
| --- |
| **ATENÇÃO:** Em anexo ao Requerimento deve ser encaminhado o Atestado Médico. |