JUNDIAÍ
PREFEITURA
GOVERNANÇA, FINANÇAS E TRANSPARÊNCIA
DIVISÃO DE MEDICINA DO TRABALHO

Jundiaí, _____ de _____ de 20_____

ABONO DE FALTAS

☐ C.L.T.
☐ ESTATUTÁRIO
☐ VARIÁVEL
☐ C.C.

NOME:

CÓDIGO: **CARGO:**

ENDEREÇO:

FONE RESID./RECADO: **FONE CELULAR:**

ATESTADO DE:

( ) DIA(S) **QUANTIDADE DE DIA(S):** _____ **A PARTIR DE** _____/_____/_____

( ) HORA(S) **DATA:** _____/_____/_____ **INÍCIO:** _____**HS** **FIM:** _____**HS**

DATA: _____/_____/_____ **INÍCIO:** _____**HS** **FIM:** _____**HS**

DATA: _____/_____/_____ **INÍCIO:** _____**HS** **FIM:** _____**HS**

DATA: _____/_____/_____ **INÍCIO:** _____**HS** **FIM:** _____**HS**

DATA: _____/_____/_____ **INÍCIO:** _____**HS** **FIM:** _____**HS**

LOCAL DE TRABALHO:

HORÁRIO DE TRABALHO:

COMPROVANTE:

MOTIVO:

Ciente:

_____
Chefia Imediata
(carimbo / nome legível)

P. Deferimento

_____
Servidor(a)