|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS****FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS****ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL** |

 **SOLICITAÇÃO DE FÉRIAS – CLT**

|  |
| --- |
| **Mês e Ano da Fruição:**  |
| **Local:**  |
| **Ramal:**  |
| **E-mail Depto. ou Solicitante:**  |
| **Matrícula** | **Nome** | **Dia de início** | **Dias de descanso** | **Abono Pecuniário** | **Adiantamento 13º** | **Rubrica** |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |
|       |       |    |    | [ ]  Sim [ ]  Não | [ ]  Sim [ ]  Não |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   /  /     |  |  |
| Data da solicitação |  | Assinatura e carimbo da Chefia Imediata |