|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 |