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

**SOLICITAÇÃO LICENÇA PRÊMIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** | **Matrícula:** |
| **E-mail do Depto. ou Solicitante:** | |
| **Departamento/Unidade:** | **Ramal:** |
| **Número de dias a usufruir:**  15  30  45  60  75  90 | **A partir de:**    /  / |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| /  / |  |  |  |  |
| Data da solicitação |  | Assinatura Interessado |  | Assinatura Chefia Imediata |