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