



COMUNICAÇÃO DE AUSÊNCIAS

FÉRIAS / FALTAS / LICENÇAS

DEPARTAMENTO RECURSOS HUMANOS

N.º MECANOGRÁFICO	NOME DO COLABORADOR

UNIDADE		VALÊNCIA							
<input type="checkbox"/>	VILA VERDE	<input type="checkbox"/>	SERV. SUPORTE	<input type="checkbox"/>	UCCI - UC	<input type="checkbox"/>	LAR	<input type="checkbox"/>	COLÉGIO
<input type="checkbox"/>	PRADO	<input type="checkbox"/>	HOSPITAL	<input type="checkbox"/>	LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/>	CENTRO DIA	<input type="checkbox"/>	PASTELARIA
<input type="checkbox"/>	VALBOM	<input type="checkbox"/>	UCCI - UMDR	<input type="checkbox"/>	FARMÁCIA EXT.	<input type="checkbox"/>	APOIO DOMICILIO	<input type="checkbox"/>	CAO/ LAR RESIDENCIAL
<input type="checkbox"/>	TODAS	<input type="checkbox"/>	UCCI - ULDM	<input type="checkbox"/>	FISIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	CRECHE/JARDIM	<input type="checkbox"/>	OUTRO

TOTAL DE DIAS E MOTIVO			
N.º DIAS	MOTIVO	N.º DIAS	MOTIVO
	FÉRIAS		LICENÇA / FALTA
	GOZO REGULAR FÉRIAS		CASAMENTO
	ALTERAÇÃO AO MAPA FÉRIAS		TRABALHADOR-ESTUDANTE
	AUTORIZAÇÃO FÉRIAS NÃO PREVISTAS		PATERNIDADE
	PEDIDO FÉRIAS DO ANO ANTERIOR		OUTROS: _____

PERÍODO/DATAS DA AUSÊNCIA			
½ DIA	1 DIA	VÁRIOS DIAS	
____/____/____	____/____/____	de ____/____/____ a ____/____/____	
<input type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE		de ____/____/____ a ____/____/____	
		de ____/____/____ a ____/____/____	

NOTAS / OBSERVAÇÕES

O COLABORADOR	APROVAÇÃO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO
____/____/____ Assinatura:	<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO ____/____/____ Assinatura:
RECEPÇÃO NO DEP. RECURSOS HUMANOS	PARECER PROVEDOR (SE APLICÁVEL)
____/____/____ Assinatura:	<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO ____/____/____ Assinatura: