

REQUERIMENTO PARA ASSUNTOS DIVERSOS

REQUERENTE

| |
|---------------------------------------|
| NOME: _____. |
| CPF: _____ MATRICULA FUNCIONAL: _____ |
| CARGO: _____ |
| FILIAÇÃO: PAI: _____ MÃE: _____ |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL _____ |
| FONE: _____ |

AUTORIDADE REQUERIDA:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ASSUNTO:

PAGAMENTO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE, GRAU MÁXIMO, 40% (QUARENTA POR CENTO), em razão de exposição ao mercúrio e demais agentes insalubres.

Goiânia, _____ de maio de 2015.

ASSINATURA