



PEDIDO DE EXONERAÇÃO

EU, _____, registrado (a) na matrícula nº _____, lotado(a) na Secretaria Municipal de _____, portador (a) do RG _____, inscrito(a) no CPF _____, no cargo de _____, vem por meio deste solicitar junto ao Departamento de Recursos Humanos minha exoneração, sendo meu último dia de trabalho ___/___/_____.

Termos em que, pede deferimento.

Balsa Nova, _____ de _____ de _____.

REQUERENTE

Telefone: _____

E-mail pessoal: _____

Ao Senhor(a) Secretário(a)

TERMO DE CONHECIMENTO DE EXAME DEMISSIONAL

Eu _____, neste momento, tomo conhecimento, estou ciente que, está agendado meu exame demissional com o Médico do Trabalho do Município, a ser realizado no dia ____/____/_____, às 10h30m (por ordem de chegada) na Secretaria de Saúde em Balsa Nova.

Telefone de contato: _____

Balsa Nova, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Servidor (a)