



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP

E-mail para contato: adm.fspss@gmail.com Telefone: (12) 3891-1084

CNPJ: 19.843.891/0001-76

**FSPSS RH - Dfin
PROTOCOLO**

Nº: _____

Data: ____ / ____ / ____

Visto: _____

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE LICENÇA GALA/LUTO/PATERNIDADE/PARENTAL

Funcionário		Cargo	
Matrícula		Telefone:	Unidade

1- Solicitação de Licença Gala (casamento)

(Conforme art.56 inciso IV do Regulamento de RH – Licença gala, pelo prazo de 05 (cinco) dias úteis)

Data do Casamento, dia _____ de _____ de 20_____, conforme Certidão anexa.

Assinatura do Funcionário

Chefia Imediata

Data: ____ / ____ / ____

2- Solicitação de Licença Paternidade

(Conforme art.56 inciso III do Regulamento de RH – Licença paternidade, pelo prazo de 15 (quinze) dias corridos a partir da data do nascimento ou da data da publicação da sentença que conceder a adoção ou da expedição do termo de guarda, nos autos da Ação de Adoção)

Data do nascimento ou adoção da Criança, dia _____ de _____ de 20_____, conforme Certidão anexa.

Assinatura do Funcionário

Chefia Imediata

Data: ____ / ____ / ____

3- Solicitação de Licença Luto () ou Licença Parental ()

(Conforme art.56 inciso V do Regulamento de RH - Licença luto, pelo prazo de 05 (cinco) dias úteis, no caso de falecimento de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou colateral, até 3º grau, ou pessoa que, declarada em documento público, viva sob sua dependência econômica. E conforme art. 56 inciso IX - Licença parental por motivo de acompanhamento de ascendente ou descendente em linhas reta ou colateral até 3º grau, cônjuge ou companheiro para tratamento de saúde, mediante requerimento ao setor de recursos humanos, instruído com atestado médico no nome do empregado demonstrando a necessidade do acompanhamento e o grau de parentesco, pelo prazo máximo de 15 dias corridos ou interpolados.

Pelo falecimento ou acompanhamento de:

Na data ____ / ____ / ____

Avós ou Bisavós

Pais ou Irmãos

Cônjugue (Caso não seja casado no cartório, Anexar declaração de união estável ou declaração com firma reconhecida em cartório)

Filhos ou dependentes (Em caso de dependentes anexar declaração reconhecida em cartório)

Netos ou Bisnetos

Sobrinhos () Filho da(o) minha(meu) irmã/irmão ou () Filho do filho da(o) minha(meu) irmão/irmão

Tios () Irmão/Irmã da(o) minha(meu) mãe/pai ou () Irmão/Irmã da(o) minha(meu) avó/avô

Primos (filho do meu tio/tia que é irmão/irmã da minha mãe/pai)

Conforme certidão/atestado anexa: _____ Assinatura do Funcionário _____ Chefia Imediata _____ Data: ____ / ____ / ____

Para Uso do Recursos Humanos () DEFIRO () INDEFIRO

Manifestação:

Recursos Humanos

Diretor

Data: ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____



Nossa missão é promover o bem estar e saúde por meio da Gestão, do cuidado, da responsabilidade, com excelência! Nossa Visão é ser modelo na prestação de serviços de saúde, como agente transformador das políticas públicas por meio da gestão, gerência e educação!

**FUNDAÇÃO DE
SAÚDE PÚBLICA
DE SÃO SEBASTIÃO**

Nossos valores são a ética, responsabilidade individual, social e ambiental, transparéncia, qualidade, amor, comprometimentos e efetividade!