

TERMO DE CIÊNCIA DE DESPESAS COM DESCONTO EM FOLHA:

Ilmo(a) Sr.(a)

Diretor(a) de Administração

Eu, _____,
portador(a) do CPF nº. _____, detentor(a) do cargo efetivo de
_____, matriculado(a) sob o nº.
_____, lotado(a) na Secretaria Municipal de
_____, declaro estar ciente que durante o meu
período de afastamento por motivo de _____,
deverei efetuar mensalmente junto as instituições bancárias, seguradoras, operadoras de planos
de saúde, sindicatos e demais órgãos, todas as obrigações dos pagamentos que eram
descontados diretamente em minha folha de pagamento mensal.

Telefone para contato: () _____ Celular: () _____

Email: _____

Endereço: Rua: _____ nº. _____,

Complemento: _____, Bairro: _____, CEP:

_____, Cidade: _____, Estado: _____.

Divinópolis, ____ de _____ de _____.

- Assinatura do(a) Requerente -

➤ **Este termo deverá ser acompanhado obrigatoriamente o pedido de licença sem vencimento**