

REQUERIMENTO DE JUNTADA DE ATESTADO / DECLARAÇÃO

Ao
Departamento de Recursos Humanos

Eu _____,
funcionário(a) público(a) municipal, portador(a) do CPF nº.
_____, residente e domiciliado(a) na
_____, nº. _____, telefone para contato
_____, com a função/cargo _____, da
Secretaria de _____, venho por meio deste, protocolar meu
atestado médico, atestando minha ausência do trabalho por ___ dia(s).

Data de emissão do atestado: ___/___/_____ **Matrícula:** _____

Acompanhante: () Não () Sim - Grau de parentesco: _____

Idade: _____

Assinatura

Eu Dr.(a) _____, médico do trabalho
do Município de Itápolis venho por meio deste:

() Ratificar o atestado emitido, devendo o mesmo produzir seus efeitos.

() Indeferir o atestado emitido.

Assinatura e Carimbo

_____/_____/_____
Data

ATENÇÃO

* O prazo de entrega do atestado médico é de 72 (setenta e duas) horas úteis;

* Para atestados acima de 03 dias, deverão ser ratificados pelo médico do trabalho da municipalidade.