



AFASTAMENTO POR MOTIVO DE LUTO

É a concessão de 5 (cinco) dias consecutivos de licença do serviço em virtude de falecimento de familiar, sem perda da remuneração.

ÓRGÃO:	
SERVIDOR:	
LOTAÇÃO:	MATRÍCULA:
CPF:	CARGO:
TELEFONE:	E-MAIL:
ENDEREÇO:	

Estou ciente que:

- O afastamento será concedido por falecimento do cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padastro, filhos, enteados, irmãos, genros, noras, avós, sogro ou sogra.

Documentação Exigida:

- Requerimento preenchido e assinado
- Cópia do documento de identidade com foto e CPF
- Cópia do atestado de óbito
- Cópia de documento que comprove o parentesco, caso não conste no documento de identidade

Fundamentação legal:

Art. 82, Item I, alínea "d" da Lei nº 6.794 de 27/12/1990 - Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Fortaleza.

Ciência – LGPD:

Declaro, ainda, estar ciente de que os dados pessoais e funcionais fornecidos neste requerimento serão utilizados exclusivamente para fins deste requerimento, e em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), autorizando seu tratamento nos limites legais e administrativos necessários à devida análise e instrução deste pedido.

Declaração do(a) servidor(a):

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Servidor(a)