



CÂMARA MUNICIPAL DE MONFORTE

www.cm-monforte.pt

Subunidade de Gestão de Recursos Humanos

PARTICIPAÇÃO DE FALTAS AO SERVIÇO

(Conforme a lei n.º 35/2014, de 20 de junho da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas)

Livro de registo: Registo Ent. n.º Processo n.º Registado em:		DESPACHO
O Trabalhador		

Ex.^{mo} Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Monforte

Eu, _____, com contrato por tempo _____, com a categoria profissional de, _____; vem participar a V.Ex^a que _____ faltar ao serviço no(s) dia(s) _____; solicitando, nos termos da LGTFP; lei 35/2014, de 20 de junho, que essas faltas lhe sejam justificadas.

DIAS	ARTº	AL	MOTIVO	DIAS	ARTº	AL	MOTIVO
	134º, nº2	A	Casamento		134º, nº2	I	<input type="checkbox"/> Consulta médicas <input type="checkbox"/> Exames médicos <input type="checkbox"/> Tratamento ambulatório <input type="checkbox"/> Exames médicos a familiares em regime de tratamento ambulatório. <input type="checkbox"/> Consulta pré-natal
	134º, nº2	B	Falecimento de familiar				<input type="checkbox"/> Acompanhamento familiar <input type="checkbox"/> Menor de 12 anos. <input type="checkbox"/> Maior de 12 anos.
	134º, nº2	C	Trabalhador estudante – Provas de avaliação		394º	L	Provas de concurso
	134º, nº2	D	<input type="checkbox"/> Cumprimento de obrigações legais <input type="checkbox"/> P.M.A. <input type="checkbox"/> Doença/Acidente		134º, nº2	M	<input type="checkbox"/> Por conta do período de férias – Ano em curso <input type="checkbox"/> Por conta do período de férias – Ano seguinte
	134º, nº2	E	<input type="checkbox"/> Assistência inadiável e imprescindível a membros do agregado familiar		134º, nº2	K	Doação de sangue
	134º, nº2	F	...por deslocação a estabelecimento de ensino de responsável pela educação de menor.				A.C.E.P.
	134º, nº2	G	Atividade sindical				

JUNTO EM ANEXO OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

Anexos _____

Esclarece ainda que: _____

Monforte, _____

O Participante

Validei a conformidade de acordo com os documentos exibidos

(Assinatura do participante ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não souber ou não puder assinar)

(Assinatura do Funcionário)

INFORMAÇÃO		UNIDADE ORGÂNICA ADMINISTRATIVA
O Responsável pelo Serviço _____	Data: _____	Tomei conhecimento.
O Dirigente _____		Data: _____ O Dirigente _____