



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO E INFORMAÇÃO
GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
Tel: (037) 3229-6780

REQUERIMENTO DE DOAÇÃO DE SANGUE

Ilmo(a) Sr.(a)

Diretor(a) de Administração

Eu, _____,
detentor(a) do cargo efetivo de _____,
matriculado(a) sob o nº. _____, Telefone: _____, lotado(a) na
Secretaria Municipal de _____, venho requerer
abono doação de sangue à ser gozado no dia ____/____/____.
Divinópolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Servidor(a)

Assinatura e carimbo do(a) Secretário(a) ou Diretor(a)

PARA USO DA DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO:

() Deferido

() Indeferido – Justificativa: _____

Informações adicionais: _____

Data: ____/____/____ _____
Gerência de RH

ATO ADMINISTRATIVO

O(a) Diretor(a) de Administração, no uso de suas atribuições conferidas conforme, Lei Complementar nº 009, de 03 de Dezembro de 1992 e conforme Atestado de Doação e requerimento protocolizado pelo Servidor(a) concede a folga.

Registre-se e Cumpra-se.

Divinópolis, ____ de _____ de _____

Diretor(a) de Administração