|  |
| --- |
| **ATESTADO DE FREQUÊNCIA** |
| Diretoria:            |
|  |
| **ATESTO**, para os devidos fins, que o(a) Sr.(a)       portador(a) do RG nº       ocupante do cargo efetivo de       teve durante o mês       de       (período de       a      ), a seguinte frequência: |
|  |
| **COMPARECIMENTOS:** **(DIAS TRABALHADOS)** |
|  |
| AFASTAMENTOS | Férias |         |
|  | Júri e outros serviços obrigatórios por lei |         |
|  | Falta por moléstia comprovada |         |
|  | Falta por doação de sangue |         |
|  | Ausência(s) autorizada(s) durante o expediente |         |
|  |  |  |
|  | Faltas Injustificadas a descontar |         |
|  |  |  |
|  | Licenças | Gestante/Maternidade |         |
|  |  | Acidente em serviço |        |
|  |  | Moléstia |         |
|  |  | Saúde |         |
|  |  | Paternidade |        |
|  |  | Nojo |         |
|  |  | Gala |         |
| TOTAL DOS AFASTAMENTOS:          |
| OBSERVAÇÕES:       |
|  São José do Rio Preto,       de       de      . Diretor (a):            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura |