



PEDIDO DE EXONERAÇÃO

EU, _____, registrado (a) na matrícula nº _____, lotado(a) na Secretaria Municipal de _____, no cargo de _____, vem por meio deste solicitar junto ao Departamento de Gestão de Pessoas minha exoneração, sendo meu último dia de trabalho ____/____/____.

TERMO DE CONHECIMENTO DE EXAME DEMISSSIONAL

Eu _____, neste momento, tomo conhecimento, estou ciente que será agendado meu exame demissional com o Médico do Trabalho do Município.

Será realizado contato para agendamento no telefone: _____.

Balsa Nova, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura