



DADOS

Nome: _____

RF: _____ Vínculo: _____

Cargo/função: _____ Categoria funcional: _____

Unidade de lotação: _____

Estrutura Hierárquica - Coordenadoria de Saúde ou Coordenação do Gabinete: _____

O (A) servidor(a) acima identificado(a) compromete-se, nos termos do disposto no § 2.º do artigo 2º do Decreto nº 48.743, de 20 de Setembro de 2007, ao reassumir o exercício de suas atividades, após o gozo do afastamento no período de _____ a _____ , para _____ a permanecer no serviço público municipal, no mínimo, pelo prazo de _____ .

São Paulo, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do servidor

Assinatura Chefia Imediata