

**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: _____	<b>DESPACHO</b>
O Trabalhador	

Ex.º Senhor  
 Presidente da Câmara Municipal de Monforte

Eu, \_\_\_\_\_, com contrato por tempo \_\_\_\_\_, com a categoria profissional de \_\_\_\_\_; vem participar a V.Exª 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	_____	134º, nº2	I	<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.	_____	134º, nº2	K	A.C.E.P.
_____	134º, nº2	G	Atividade sindical				

**JUNTO EM ANEXO OS SEGUINTES 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	
O Responsável pelo Serviço _____ O Dirigente _____	<b>UNIDADE ORGÂNICA ADMINISTRATIVA</b> Tomei conhecimento. Data: _____ O Dirigente _____