



Marcação / Alteração de Férias

Informação do Responsável da Unidade

Concordo,

Ass.: _____ / Data _____

Despacho do Diretor

Autorizo,

Ass.: _____ / Data _____

Exmo. Sr. Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Nome / Nº de Funcionário: _____ / _____

Categoria / Serviço: _____ / _____

Marcação de Férias

	Período	Início	Fim	TOTAL Dias
Solicita a V. Ex. ^a a marcação do(s) seguinte(s) período(s) de férias.	1º			
	2º			
	3º			
	4º			

(Se os campos acima não forem suficientes para a marcação dos períodos de férias, por favor utilize o espaço de Observações)

Alteração de Férias

	Período	De	Para	TOTAL Dias
Solicita a V. Ex. ^a a alteração do(s) seguinte(s) período(s) de férias.	1º			
	2º			
	3º			

(Se os campos acima não forem suficientes para a alteração dos períodos de férias, por favor utilize o espaço de Observações)

Observações

O trabalhador

Pede deferimento,

Ass.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Informação da Área de Recursos Humanos

Ass.: _____

Data: ____ / ____ / ____