



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

PRAD/DRH/DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
Serviço de Registro – SG-7 – Campus Universitário Petrônio Portela – Bairro Ininga
CEP – 64.049-550 – Teresina - PI Fone (086) 215-5595 – Fax (086) 215-5594
E-mail: drh@ufpi.br

Ao Magnífico Reitor,

O servidor abaixo qualificado, com fundamento no art. 38 da Lei n.º 8.112, de 1990 e no Ofício-Circular n.º 01/SRH/MP, de 28 de janeiro de 2005, vem requerer a Vossa Magnificência, se digne de autorizar ao setor competente a proceder o pagamento dos dias de efetiva substituição, conforme a seguir discriminados:

NOME: _____	CPF: _____
MATRICULA SIAPE: _____	TELEFONE: _____
UNIDADE EXERCÍCIO: _____	

SUBSTITUIÇÕES(*):

PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____
PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____
PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____
PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____
PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____
PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____
PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____
PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____
PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____
PERÍODO DO AFASTAMENTO: Início: ___/___/200__ Término: ___/___/200__ Motivo: _____

(*) Este formulário deverá ser utilizado para o período de 28/01/2000 a 31/12/2004

Teresina, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do Requerente