

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE VACÂNCIA OU EXONERAÇÃO**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

Nome do Servidor: _____

Matrícula SIAPE: _____ CPF: _____

Lotação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone do Servidor: _____

E-mail Pessoal: _____

E-mail do Chefe Imediato: _____

Telefone do Chefe Imediato: _____

IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (SE FOR O CASO)

Requerente: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Telefone(s): _____

REQUER: EXONERAÇÃO DO CARGO,

A PARTIR DE: ____/____/____

 VACÂNCIA DO CARGO,

A PARTIR DE: ____/____/____

Órgão onde tomará posse: _____

Cargo: _____

Data da posse: _____

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA (E/V) Identidade (E/V) Cópia do CPF (E/V) Último Contracheque (E) Imposto de Renda Completo com recibo de entrega (E) Declaração de ciência da Chefia Imediata (V) Portaria de Convocação

Nestes termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Servidor