

**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 PRORROGAÇÃO DA LICENÇA PATERNIDADE / ADOTANTENome: SIAPE: Cargo: Lotação: RG: Órgão Expedidor: CPF: Endereço: Nº: Complemento: Bairro: Cidade: CEP: UF: Telefones: Email:

Requer Conforme o Decreto nº 8.737, de 03 de maio de 2016:

 Prorrogação de licença
PATERNIDADE.Data do Parto: Prorrogação de licença ADOTANTE.Idade da Criança: Data da Adoção ou Guarda Judicial: **Termo de Ciência** Ciente:

Estou ciente de que no período da prorrogação da licença paternidade não poderei exercer qualquer atividade remunerada sob pena de cancelamento da prorrogação da licença e o registro da ausência como falta ao serviço.

Nestes termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor