

**COMUNICAÇÃO DE FALTA POR CONSULTA,
TRATAMENTO AMBULATORIO E EXAMES COMPLEMENTARES DE
DIAGNÓSTICO DO PRÓPRIO E FAMILIARES**

Ex.ma Senhora Directora do
Agrupamento de Escolas de Proença-a-Nova
Av. do Colégio, 26
6150 – 401 Proença-a-Nova

Eu, _____ (nome),
_____ (categoria) a exercer funções na Escola _____
_____ comunico a V.Ex.a que me
ausentarei do serviço no dia ____ / ____ / _____, das _____ às _____
horas, por necessidade de (x) _____ do próprio / por
assistência a familiar (riscar o que não interessa) em _____ (localidade),
_____ (entidade),
conforme os artigos 185º e 189º da Lei 59/2008 de 11 de Setembro.

Proença-a-Nova, ____ de _____ de 201 ____

(assinatura)

Informação Serviços Administrativos

O funcionário

em, ____ / ____ / 201 ____

Despacho da Direcção

Deferido
 Não Deferido
A Directora

em, ____ / ____ / 201 ____