



PEDIDO DE DECLARAÇÃO

Exmo.(a) Director(a) do
Serviço de Recursos Humanos

Nome: _____

Categoria: _____ N.º Mecanográfico: _____

Serviço: _____ Extensão: _____

Requer declaração para efeitos de: _____

<input type="checkbox"/> Funções Actuais	<input type="checkbox"/> Internato Médico:
<input type="checkbox"/> Vencimento Actual	<input type="checkbox"/> Grau / Avaliação Final
<input type="checkbox"/> Regime de Trabalho/Horário	<input type="checkbox"/> Avaliação de conhecimentos
<input type="checkbox"/> Fotocópia do Contrato	<input type="checkbox"/> Avaliação de desempenho
<input type="checkbox"/> Consulta de Processo Individual	<input type="checkbox"/> Ano Comum:
<input type="checkbox"/> Declaração de Vínculo	<input type="checkbox"/> Apto
<input type="checkbox"/> Contagem de Tempo	<input type="checkbox"/> Estágios
<input type="checkbox"/> Certidão de Documentos	<input type="checkbox"/> Fotocópia das Notações - Ano: _____
<input type="checkbox"/> Comissão gratuita de serviço	
<input type="checkbox"/> Nota Biográfica	
<input type="checkbox"/> Descontos que incidem sobre o vencimento	<input type="checkbox"/> CGA <input type="checkbox"/> SEG. SOCIAL <input type="checkbox"/> ADSE
<input type="checkbox"/> N.º de subscritor de / N.º de beneficiário de	<input type="checkbox"/> CGA <input type="checkbox"/> SEG. SOCIAL <input type="checkbox"/> ADSE
<input type="checkbox"/> Outros: _____	
Data do Pedido ____ / ____ / ____	Recebi a Declaração ____ / ____ / ____
Ass: _____	Ass: _____

Entregou o pedido para: _____

Nome: _____ N.º Mec.: _____

Data: ____ / ____ / ____ (Assinatura de quem recebeu) _____

**SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS**