



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Educação

DECLARAÇÃO PRORROGAÇÃO DA LICENÇA GESTANTE Nº _____ / 202__

PROCESSO Nº _____

Declaramos para as devidas providências necessárias quanto ao assentamento na Ficha Funcional da servidora abaixo relacionada, que a mesma irá usufruir da **PRORROGAÇÃO da Licença Gestante**, pelo prazo de **60 (sessenta) dias**, de acordo com o que preceitua a Lei 13.881, Diário Oficial de 15/05/2007.

NOME : _____

MATRÍCULA : _____

LOTAÇÃO: _____

UNIDADE DE EXERCÍCIO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____

COMPLEMENTO: _____ CEP: _____

MUNICÍPIO: _____ TELEFONE: _____

TEMPO DA LICENÇA: 60 (SESSENTA)DIAS.

INÍCIO: ____/____/____

FIM: ____/____/____

OBS: _____

Fortaleza, ____ de _____ de 202__

Recebido:

Atenciosamente,

ASSINATURA/ CARIMBO SERVIDOR(A) / SEDUC:

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE: