Utilizado (+) /Não utilizado (-)

PREFEITURA DE NITERÓI | FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEBIDO POR:

N.º DO PROCESSO_____AVALIAÇÃO: PE_____PCP_____

ASS. DA COMISSÃO:_____

# PARA PREENCHIMENTO DO SERVIDOR

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROMOÇÃO POR ESCOLARIDADE/CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL**

Nome:_____

Cargo:_____Matrícula:_____

Lotação:_____Admissão:_____

Endereço Residencial:_____

Tel(s):_____Celular:_____

Email:_____

**Venho nos termos da Lei nº 2.104/03, observando o Decreto nº 9521/05, apresentar os certificados abaixo. Niterói, _____/____/_____, Ass.:**_____

## Relação de Documentos Apresentados

Utilizado (+) /Não utilizado (-)

| | | |
|---|---|---|
| Instituição: | | |
| Curso: | Carga Horária: | |
| Instituição: | | |
| Curso: | Carga Horária: | |
| Instituição: | | |
| Curso: | Carga Horária: | |
| Instituição: | | |
| Curso: | Carga Horária: | |
| Instituição: | | |
| Curso: | Carga Horária: | |
| Instituição: | | |

**Utilizado (+) /Não utilizado (-)**

| | |
|---|---|
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |
| Curso: | Carga Horária: |
| Instituição: | |