

| | | |
|--|--|-------------|
| | FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - FAMAR | SPSS-01 |
| | Sistema de Gestão da Qualidade | Revisão: 03 |
| | Solicitação de Pagamento de Salário Substituição | Página: 1/1 |

Revisado em: 04/01/2019

Marília, _____.

SETOR: _____

Para: Diretoria de Recursos Humanos

Funcionário substituído _____ nº cadastro _____

Cargo/função: _____ Jornada diária do substituído: _____

Funcionário substituto _____

nível de escolaridade: _____ nº cadastro _____

Cargo/função: _____ Jornada diária a ser executada pelo substituído:

_____.

Substituto previsto na grade de substituição anual?

() sim () não – Justificativa:

Período: _____ a _____ Nº dias a substituir: _____

Substituição referente a:

() Férias () Licença Maternidade

() Outro motivo: _____

OBSERVAÇÃO: Anexar comprovante anual da capacitação realizada ao substituto

Assinatura da Chefia