



**FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA E AO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA -
FAMAR**

SOLICITAÇÃO DE CONTRATAÇÃO

FUNÇÃO: _____ **CARGA HORÁRIA:** _____

DEPARTAMENTO/GERÊNCIA/NÚCLEO: _____

FUNCIONÁRIO DESLIGADO

FAMAR: _____

NÚMERO DO REGISTRO: _____ **DATA** ____/____/____

AUMENTO DE QUADRO: AUTORIZADO EM ____/____/____.

FUMES OPTANTE: _____

FUMES NÃO OPTANTE: _____

MELHORIA SERVIÇO/INOVAÇÃO: _____

JUSTIFICATIVA: _____

SITUAÇÃO FORTUITA: _____

JUSTIFICATIVA: _____

USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

NOME ADMITIDO: _____

CLASSIFICAÇÃO: _____

PROCESSO SELETIVO NÚMERO: _____