



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

Solicitação de Cancelamento de Férias

| DADOS DO (A) SERVIDOR (A) / REQUERENTE | | | |
|--|-------|--------|----------|
| IAPE | NOME | | |
| NOME SOCIAL | | | |
| LOTAÇÃO | CARGO | CPF | |
| ENDEREÇO | | | TELEFONE |
| BAIRRO | CEP | CIDADE | UF |
| IDENTIDADE | | E-MAIL | |

Magnífico (a) Reitor (a),

Solicito à Vossa Magnificência que autorize o cancelamento da _____ parcela de férias do (a) servidor (a) _____, Matrícula IAPE nº _____,

lotado (a) no (a) _____, ocupante do cargo de _____, que teria início em ____/____/____, em virtude de _____

e informo que o gozo ocorrerá a partir de ____/____/____.

Estou ciente de que:

- O cancelamento das férias, integrais ou de uma parcela, somente é possível caso ainda não tenha iniciado, devendo ser requerido com no mínimo 10 dias de antecedência ao fechamento da folha de pagamento do mês anterior ao seu início;
- O cancelamento gera efeitos financeiros, ou seja, quaisquer valores recebidos (1/3 de férias ou adiantamentos) serão descontados de forma integral na folha em que for realizado o procedimento;
- O período restante das férias suspensa não poderá ser parcelado.

Local e Data: _____

Assinatura do servidor (a)

Assinatura da Chefia Imediata

Espaço reservado ao Reitor (a):

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

Local e Data: _____

Assinatura do Reitor (a)