	DEFENSORIA PÚBLICA DE MINAS GERAIS **SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS** **E SAÚDE OCUPACIONAL**	**REQUERIMENTO DE FÉRIAS PRÊMIO DEFENSOR**

Unidade de Exercício: **DEFENSORIA PÚBLICA DE MINAS GERAIS**	Comarca:
Nome Completo:	MADEP:
Cargo: DEFENSOR PÚBLICO	Telefones: Residencial: ( ) Defensoria: ( ) Celular: ( )
Endereço Residencial Completo: Rua/Av: Bairro: CEP: Cidade:	

REQUERIMENTO ( ) INCLUSÃO	**Período** De: _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____ - ( ) dias. **Obs.: Nos termos do art. 1º da Deliberação nº 008/2016, o período de afastamento não poderá ser inferior a 10 dias.**
REQUERIMENTO ( ) ALTERAÇÃO	Período De: _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____ - ( ) dias. Para: _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____ - ( ) dias.

DECLARO estar ciente, de acordo com o Ofício Circular nº 3/2009/CG DPMG, que é dever funcional do Defensor Público a entrega à Corregedoria-Geral de DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DOS SERVIÇOS como condição para a entrada em gozo de férias.

DEFENSOR(A)

_____/_____/_____	_____	_____
Data	Assinatura	MADEP

Obs.: Prazos para solicitação de férias-prêmio, nos termos da Deliberação nº 047/2013:

- Até 30 de novembro de cada ano, quando o afastamento estiver previsto para o primeiro semestre do ano subsequente;
- Até 31 de maio quando o afastamento estiver previsto para o segundo semestre do mesmo ano;

Requerimentos solicitados fora do prazo deverão conter justificativa do afastamento, nos termos do art. 13 da referida Deliberação.

Manifesto pelo:

( ) Deferimento
( ) Indeferimento Integral – Justificativa anexa.
( ) Indeferimento Parcial – Justificativa anexa.

_____/_____/_____	_____	_____
Data	Coordenador(a) Local	MADEP/MASP

PARA USO EXCLUSIVO DA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS E SAÚDE OCUPACIONAL

Conforme levantamento, o(a) Defensor(a) possui saldo de _____ dias de férias prêmio.

Pelo exposto somos pela concessão de _____ dias requerido(s) a partir de _____/_____/_____, referente ao _____ _____ quinquênio(s), ficando com saldo de _____ dias.

( ) Defensor(a) não possui saldo de férias prêmio.

Requerimento encaminhado dentro do Prazo: ( ) SIM ( ) NÃO – Anexo Justificativa.

____/____/____	_____
Data	Informante

De acordo		**Autorizado (art. 12 da Del. nº47/2013)**	
____/____/____	_____	____/____/____	_____
Data	Superint. de Gestão de Pessoas e Saúde Ocupacional	Data	Defensor(a) Público(a)-Geral