

REQUERIMENTO DE LICENÇA MATERNIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE

Nome:

Matrícula:

CPF:

Bolsita:

() Não

() Sim. () CNPq () CAPES () OUTRO _____ Mês/Ano de Início: _____

E-mail:

Telefone: ()

() Venho requerer a concessão de 120 dias de licença à maternidade de acordo com as leis 6.202 de 17 de abril de 1975 e 13.536 de 15 de dezembro de 2017.

Data: / /

Assinatura discente

_____, _____ de _____ de _____
(Local e data)

Coordenador(a) do MNPEF - UFT

Documentação necessária:

- Certidão de nascimento ou documento legal de adoção.