

Nome: _____

N.º Trab.: _____ Categoria: _____ Serviço: _____

Morada⁽¹⁾: _____ CP: _____

Faltou/Necessita de faltar⁽²⁾ ao serviço no(s) dia(s) _____, pelo que solicita que essa(s) falta(s) seja(m) justificada(s), nas condições dos artigos 134.º e ss da LTFP e 248.º e ss do Código do Trabalho (CT).

(X)	Dias	MOTIVO	Norma legal	(X)	Dias	MOTIVO	Norma legal
		Casamento	134.º, n.º 2, al. a)			Trabalhador-estudante provas de avaliação	Art. 91.º do CT
		Lic. Parental inicial - maternidade	Art. 40º e 41º /CT			Por conta do período de férias	135.º, n.os 1 a 3
		Lic. Parental exclusiva do pai	Art. 43.º do CT			Deslocação a escola – 4 horas p/trim.	134.º, n.º 2, al. f)
		Assistência a filho < 12 anos	Art. 49.º, n.º 1/CT			Procedimento concursal	134.º, n.º 2, al. l)
		Assistência a filho > 12 anos	Art. 49.º, n.º 2/CT			Consulta de familiar > 12 anos	134.º, n.º 3
		Tratamento ambulatorio	134.º, n.º 2, al. i)			Consulta de familiar < 12 anos	134.º, n.º 3
		Consulta pré-natal	Art. 46.º do CT			Campanha eleitoral	134.º, n.º 2, al. h)
		Consulta médica	134.º, n.º 2, al. i)				
		Doação de sangue	134.º, n.º 2, al. k)				
		Falecimento de familiar	Art. 251.º do CT				
		Cumprimento de obrigações legais	134.º, n.º 2, al. d)				

Junto o(s) seguinte(s) documento(s):

- Certificado de incapacidade temporária para o trabalho por estado de doença;
- Outro(s) documento(s): _____

Esclarece que: ⁽³⁾ _____

(1) Tratando-se de Doença ou Assistência a familiares indicar, na Morada, o local onde se encontra.

(2) Cortar o que não interessa.

(3) Indicar, por exemplo, os dias e os períodos em que pode ocorrer a verificação domiciliária da doença.

Penacova, ____/____/____

O/A Responsável

O/A Trabalhador/a

(Assinatura obrigatória)

(Assinatura)