

Protocolo de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

Nome:

Matrícula:

O tratamento está sendo realizado fora do seu domicílio? () Sim () Não.

Qual localidade: _____

A assistência ao familiar enfermo é incompatível com o exercício do cargo?

() Sim () Não. Por quê?

Você é a única pessoa de sua família que pode cuidar do familiar enfermo?

() Sim () Não. Por quê?

Apenas para acompanhamento de pais:

O pai ou mãe enfermo vive às expensas do(a) servidor(a)? () Sim () Não

O pai ou mãe possui cônjuge? () Sim () Não.

Se sim, quais os impedimentos para prestar os cuidados necessários?

O pai ou mãe possui quantos filhos além do servidor(a)? _____ .

De que forma eles auxiliam nos cuidados com o familiar (pai ou mãe) enfermo?

DECLARO que a minha chefia imediata foi comunicada quanto ao meu afastamento do exercício das funções laborais, em cumprimento ao art. 46, caput, da Lei Complementar nº 266/2008 (Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Joinville).

DECLARO, por fim, estar ciente de minha responsabilidade exclusiva pela guarda e preservação do documento original, o qual poderá ser eventualmente requisitado pela Administração municipal, bem como por outros órgãos ou entes públicos, para a comprovação de situação de fato ou de direito.