

Exmo(a) Senhor(a)
Secretário(a) de Justiça

(nome) _____ (categoria) _____

com o número mecanográfico _____, a prestar serviço no(a) _____

vem por este meio comunicar/solicitar, a(s) seguinte(s) ausência(s) no(s) dia(s) _____

_____.

X	DESCRIÇÃO
	Por casamento
	Licença por maternidade ou paternidade
	Por nascimento (por ocasião do nascimento de um filho)
	Para consultas pré-natais/amamentação/aleitação (dispensa do trabalho concedida à trabalhadora grávida e à mãe que amamenta o filho, bem como ao pai ou à mãe aquando da aleitação)
	Falecimento de familiar
	Doença (ausência ao serviço por motivo de doença devidamente comprovada)
	Acidente em serviço (acidente de trabalho que se verifique no decurso da prestação de trabalho)
	Tratamento ambulatório consultas médicas e exames complementares de diagnóstico a FAMILIARES (ausência do funcionário durante o período normal de trabalho pelo tempo necessário para prestar assistência imprescindível ao cônjuge, ascendentes, descendentes e afins na linha recta que careçam de tratamento ambulatório, consultas médicas ou exames complementares de diagnóstico)
	Tratamento ambulatório: consultas médicas e exames complementares de diagnóstico FUNCIONÁRIO (ausência do funcionário durante o período normal de trabalho pelo tempo necessário para receber tratamento ambulatório de que careça por doença, deficiência, acidente em serviço, ou para realização de consultas médicas e exames complementares de diagnóstico)
	Assistência a menores doentes ou filho com deficiência ou doença crónica (para prestação de assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente a filhos, adoptados ou enteados [menores de 10 anos])
	Assistência à família (para prestação de assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença, ao cônjuge ou pessoa em união de facto, parente ou afim na linha recta, ascendente ou no 2º grau da linha colateral, filho adoptado ou enteado [mais de 10 anos])
	Ao abrigo do estatuto do trabalhador – estudante
	Para cumprimento de obrigações legais ou por imposição de autoridade (a fim de poder cumprir uma obrigação que lhe é imposta por lei ou por autoridade judicial, policial ou militar)
	Apoio a filhos menores de 12 anos ou com deficiência (horário reduzido, trabalho a tempo parcial, jornada contínua)
	Com perda de vencimento (ausência ao serviço, a título excepcional, até ao limite de seis dias em cada ano civil e de um dia por mês com perda de vencimento)
	Declaro que sou o/a _____ - familiar em melhores condições para prestar acompanhamento/assistência ao doente _____.

Observações: _____

Junto: _____

_____, ____/____/20____

Pede deferimento;
O/A Oficial de Justiça

DESPACHO:

_____, ____/____/20____

O/A Secretário(a) de Justiça
