CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
COORDENAÇÃO GERAL DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

ADICIONAL NOTURNO

Processo. nº _____ _____,____, de _____.

Da: _____ Local e data.

Para: CGAP/DP

MAT. SIAPE: _____ **MÊS/ANO:** _____

SERVIDOR: _____

CARGO: _____

SETOR: _____

DIA	HORA ENTRADA	HORA SAÍDA	HORAS TRABALHADAS	HORAS NOTURNAS
TOTAL DE HORAS NOTURNAS				

_____
Assinatura do Servidor

Declaramos que o servidor acima cumpriu efetivamente a jornada de trabalho, conforme descrito acima e faz jus ao adicional noturno.

_____ _____
Assinatura e Carimbo - Chefe do Setor Assinatura e Carimbo - Direção

_____
COORDENAÇÃO GERAL DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL