



ANEXO I

CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO COMO DOCENTE INTERLOCUTOR

NOME

C.P.F. R.G. Nº ÓRGÃO EXPEDIDOR

INSTITUIÇÃO DE ENSINO PÚBLICA PRIVADA

ENDEREÇO: TELEFONE

ÁREA DE ATUAÇÃO – DOCENTE INTERLOCUTOR

ANO	DATA INÍCIO	DATA FIM	TEMPO BRUTO	FALTAS			LICENÇAS		READAPTAÇÃO	OUTROS (ESPECIFICAR)	DIAS DESCONTADOS	DIAS TRABALHADOS
				NÃO JUST	LTS	AC. FAM.						
TOTAL	---	---										

LEGENDA: NÃO JUST – Não Justificado
LTS – Licença para Tratamento de Saúde
AC. FAM – Acompanhamento Familiar

Declaro que o tempo de atuação refere-se à regência em sala de aula como **DOCENTE INTERLOCUTOR**.
Esta certidão não contém emendas.
O referido é verdade e dou fé.

Data: / /2016 Carimbo e Assinatura Instituição de Ensino