Controle de Frequência

ESTADO DE SANTA CATARINA

501-SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTENCIA SOCIAL TRABALHO E HA

Mês/Ano
SETEMBRO/2016

Município	Unidade

Servidor

Matrícula	Nome	Carga horária	Jornada

Dia	Manhã/Hora		Tarde/Hora		Noite/Hora		Assinatura
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
01							
02							
03	S Á B A D O						
04	D O M I N G O						
05							
06							
07							
08							
09							
10	S Á B A D O						
11	D O M I N G O						
12							
13							
14							
15							
16							
17	S Á B A D O						
18	D O M I N G O						
19							
20							
21							
22							
23							
24	S Á B A D O						
25	D O M I N G O						
26							
27							
28							
29							
30							

Em caso de abono a chefia imediata deverá especificar o dia a ser abonado, descrever o motivo e assinar.

Dia	Motivo	Assinatura

Servidor

Reconheço como verdadeiras as anotações sobre a minha assiduidade e pontualidade e as assumo na íntegra.

Data	Assinatura

Chefia imediata

Data	Assinatura

Relatório Emitido em 05/09/2016 às 12:40.35 por DENISE DELA BRUNA