



SHS - Participação de falta por doença

Nome _____

Data de nascimento _____ Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____

Telefone _____ Email _____

N.º de trabalhador _____ Categoria _____

Tipo de vínculo _____

DM - Departamento - Divisão _____

Local de trabalho _____

Morada (preencher caso se encontre noutra local) _____

Código Postal _____ Localidade _____ Telefone _____

Assistência à família (filho menor de 12 anos, art.º 49º da Lei 7/2009)

Assistência à família, (filho maior de 12 anos, art.º 49º da Lei 7/2009)

Assistência à família (filho menor de 12 anos internado, art.º 49º da Lei 7/2009)

Assistência à família (outros) _____

Doença

Internamento de _____ a _____

Interrupção da gravidez (art.º 38º da Lei 7/2009)

Licença parental inicial 120 dias 150 dias

Licença partilhada 120 + 30 dias 150 + 30 dias

Risco clínico para a trabalhadora ou para o nascituro (art.º 37º da Lei n.º 7/2009)

Data da comunicação _____

Data da alta _____

Data da baixa _____

Data da apresentação _____

O funcionário

O funcionário