|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PREFEITURA DE SANTA ADÉLIA** | SOLICITAÇÃO  DE  DIÁRIAS |
|  | | |
| Data da Solicitação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado no cargo/função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito o pagamento de diárias conforme os seguintes dados:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Recebimento da Diária Referente a Semana de \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | | | | Servidor Beneficiado: | | | | Nº de Registro Funcional: | CPF: | RG: | | Cargo / Função: | | | | Secretaria: | | | | Valor das Diárias Recebidas: | Nº de Diárias: | | | Observações: | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Assinatura: | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e Assinatura do Chefe Imediato | | | | | |