



EXMO SR. PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARAPONGAS-PR

**REQUERIMENTO REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA PARA ACOMPANHAMENTO
DO DEPENDENTE COM DEFICIÊNCIA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA**

Eu, _____, infra-assinado(a),
portador(a) do CPF nº _____, residente à
_____, nº _____,
Bairro _____,
telefone _____, matrícula nº _____, exercendo o cargo
de _____,
lotado(a) na _____, vem respeitosamente à
presença de V. Ex.^a, requerer a redução da carga horária, de que trata a Lei nº 5.291/23:

Nestes termos,
Pede deferimento.

JUSTIFICATIVAS:

Arapongas, ____/____/____.

**OBS.: EM CONFORMIDADE COM A LEI Nº 5.291/23, ANEXAR TODOS OS DOCUMENTOS
COMPROBATÓRIOS NECESSÁRIOS.**