

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE REGÊNCIA DE CLASSE

A PARTIR DE: / /

NOME:

CARGO:

MATRÍCULA: CARGA HORÁRIA:HORAS

LOTAÇÃO:

MOTIVO: **RETORNO PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO**

.....

.....

Florianópolis, em/...../.....

Carimbo e Assinatura do(a) Diretor(a)

De acordo, em/...../.....

Diretoria de Gestão Escolar