

**JUSTIFICAÇÃO DE AUSÊNCIA AO SERVIÇO**

Nome _____

Nº do Trabalhador _____

Categoria _____

Comunico que estive / estarei * ausente ao serviço no período de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

das _____ : _____ às _____ : _____ e das _____ : _____ às _____ : _____ horas, pelo seguinte motivo:

(*) Riscar o que não interessa / Assinale o Motivo com (X)

Falta por conta do período de férias do ano 20_____ (Art.º 135.º da LTFP)	Falecimento Parente 1.º grau (Art.º 134.º, n.º 2 alínea b) da LTFP e Art.º 251.º, n.º 1 alínea a) – Pais, Filhos, Cônjuge, etc
Faltas – Meio-Dia - do ano 20_____ (Faltas por conta do período de férias) Art.º 135.º da LTFP)	Falecimento – Parente 2.º grau (Art.º 134.º, n.º 2 alínea b) da LTFP e Art.º 251.º, n.º 1 alínea b) – Avós, Irmãos e Cunhados, Netos, etc
Família – Casamento (Art.º 134º, n.º 2 alínea a) da LTFP)	Trabalhador Estudante – Dispensa para frequência aulas (Art.º 90 Art.º 253 do CT, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)
Consulta Pré-Natal (Art.º 46.º do Código do Trabalho, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Trabalhador Estudante – Provas avaliação (Art.º 91 e Art.º 253 do CT, aplicável por força do Art.º 4º e Art.º 134º, alínea c) do nº 1, da Lei 35/2014)
Licença por Interrupção de Gravidez (Art.º 38º, nº 1 da Lei 7/2009, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Trabalhador Estudante – Licença Trabalhador-Estudante (Art.º 92º do CT, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)
Risco clínico durante a gravidez (Art.º 37º, da Lei nº 7/2009, Art.º 4º da Lei 35/2014)	Consulta/Exame/Tratamento Médico (Trabalhador) (Art.º 134º, n.º 2 alínea i) da LTFP e Art.º 253 do CT)
Licença Parental inicial de 120 Dias (Art.º 40º, Nº 1 da Lei 7/2009, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Consulta/Exame/Tratamento Médico (Familiar) (Art.º 134º, n.º 3 da LTFP e Art.º 253º do CT)
Licença Parental 150 Dias (Art.º 40º, nº 1 da Lei 7/2009, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Doação de Sangue e Socorrismo (Art.º 134, n.º 2 alínea k) da LTFP e Art.º 253 do CT)
Licença Parental Inicial Exclusiva do Pai – 15 dias obrigatórios (Art.º 43º, nº1, da Lei 7/2009, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Cumprimento Obrigações Legais (Art.º 134, n.º 2 alínea d) da LTFP e Art.º 253 do CT)
Licença Parental Inicial Exclusiva do Pai – 10 dias facultativos (Art.º 43º, nº2, da Lei 7/2009, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Falta Para Junta Médica (Art.º 134, n.º 2 alínea d) da LTFP e Art.º 253.º do CT)
Licença Parental 120 Dias Partilhada (Art.º 40º., nº. 2 da Lei 7/2009, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Cívico – Processo eleitoral – Campanha Eleitoral (Art.º 134, n.º 2 alínea h) da LTFP e Lei Orgânica 1/01 - Art.º 8, atual redação)
Licença Parental 150 Dias Partilhada (Art.º 40º., nº. 2 da Lei 7/2009, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Cívico – Processo eleitoral – Membros das Assembleias de Voto (Lei Orgânica 1/01 - Art.º 8, atual redação)
Amamentação (Art.º 47º do Código Trabalho, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Isolamento profilático (Art.º 134, n.º 2 alínea j) da LTFP e Art.º 253 do CT)
Aleitação (Art.º 47º do Código Trabalho, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Greve (Art.º 394º a 397º, LTFP e Art.º 530º a 545º do CT)
Licença por Adoção (Art.º 44º, da Lei 7/2009, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Procedimento Concursal – Métodos de Seleção (Art.º 134º, n.º 2, alínea l, LTFP e art.º 253º do CT)
Assistência – Filho < 12 anos (Art.º 49º. do Código Trabalho, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Eleitos locais (Art.º 1º), ANEXO II, da Lei nº 52/2005, com alterações)
Assistência – Filho menor c/deficiência (Art.º 49º. do Código Trabalho, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Sindical – Falta de corpos gerentes (Art.º 346.º, nº 1º. e Art.º 345º, da LTFP)
Assistência – Filho hospitalizado (Art.º 49º. do Código Trabalho, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Sindical – Falta Delegado Sindical (Art.º 134º alínea g), 316º.º e Art.º 344º da LTFP)
Licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica (Art.º 53º do Código Trabalho, aplicável por força do Art.º 4º da Lei 35/2014)	Falta – por trabalho em dia de descanso obrigatório (Art.º 229º, n.º 4 do CT)
Assistência a familiares doentes (Art.º 134º, n.º 2 alínea e), art.ºs 15.º e seguintes da LTFP, conjugados com o art.º 252.º do CT)	Encarregado Educação – Ausência < 4 horas por trimestre (Art.º 134º, n.º 2 Alínea f) da LTFP e Art.º 253º CT)
Assistência a neto (Art.º 50.º, do CT, aplicável por força do Art.º 4.º da Lei 35/2014)	Encarregado de Educação – Associações de Pais (Art.º 15º, da Lei n.º 372/90, de 27 de Novembro, na atual redação)
Dia de Aniversário	Motivos não imputáveis ao trabalhador (Art.º 134, n.º 2 alínea d) da LTFP e Art.º 253 do CT)
Outro tipo de ausência (Não contemplada no formulário)	

() Junto documento de prova/entregarei documento de prova, nos termos regulamentares

() Causa do impedimento _____

O (A) Trabalhador(a)

Data _____ / _____ / _____

TOMA CONHECIMENTO

O Município de Penafiel utiliza os seus dados pessoais para dar resposta aos seus pedidos, para a instrução dos seus processos e a prestação de informação sobre assuntos da autarquia.

Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município de Penafiel consulte a nossa página web em <https://www.cm-penafiel.pt/politica-de-privacidade> ou envie um e-mail para dpo@cm-penafiel.pt

INFORMAÇÃO DO SERVIÇO	DESPACHO
Data ____/____/____ O/A Responsável pelo Serviço,	() Aceito a justificação de ausência ao serviço () Aceito o requerido () Não autorizo, porque Data ____/____/____ O Vereador de Recursos Humanos,

REGISTO NA DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS

<p>Entrada</p> <p>Em ____/____/____</p> <p>Registo Nº ____/____</p> <p>Assinatura</p> <p>_____</p>

JUSTIFICAÇÃO E CONTROLO DE FALTAS PARA ASSISTÊNCIA A MENORES, NETOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÓNICA

(Faltas dadas ao abrigo do art.º 49.º do Código Trabalho, aplicável por força do art.º 4º da Lei 35/2014, de 20 de junho, na sua atual redação)

DECLARAÇÃO

(Nome do Trabalhador) _____

declaro, sob compromisso de honra, ser o familiar em melhores condições para acompanhar/assistir o meu/minha (*)

_____, _____, _____,

que necessita de acompanhamento/assistência permanente, com carácter inadiável e imprescindível, conforme consta do atestado médico que apresento, em anexo.

(*) indicar grau de parentesco e nome

Data ____/____/____

O/A Trabalhador(a),
