



Agrupamento de Escolas Gil Paes
Sede: Escola Secundária Maria Lamas
Participação de Retorno ao Serviço

Pessoal Docente

Pessoal Não Docente

Funcionário (a) n* _____

Nome: _____ Categoria _____

Grupo _____; Escola/JI _____ declara que retornou, o serviço no dia
_____/_____/20_____; ao _____ Tempo.

Motivo da ausência: _____

Data _____/20____

Ass: _____