REQUERIMENTO PARA RESCISÃO CONTRATUAL (CDT)

NOME:			**SIAPE:**
RG:	**ÓRGÃO EXPEDIDOR:**	**CPF:**	
TELEFONE:	**E-MAIL:**		
ENDEREÇO:	**CIDADE:**	**CEP:**	
CARGO / FUNÇÃO:	**TITULAÇÃO:**	**DATA DE ADMISSÃO:**	
DEPARTAMENTO / UNIDADE DE LOTAÇÃO:			

AO (À) MAGNÍFICO (A) REITOR (A) DA UFRPE SOLICITO RESCISÃO / EXTINÇÃO DO MEU CONTRATO DE TRABALHO.

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO

Recife,_____ de _____ de 20____

_____
Assinatura do Requerente