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 _____.

_____
Assinatura do Requerente