



*Município de Alter do Chão*

Suplemento de penosidade e insalubridade

Nome: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_ N.º mec.: \_\_\_\_\_

Mês: \_\_\_\_\_ / 202 \_\_\_\_\_

Dias	Assinatura do trabalhador	Assinatura do encarregado	Justificação da atribuição do suplemento
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Este documento deverá ser entregue no Setor de Gestão de Recursos Humanos **até ao quinto dia útil de cada mês**