**COMUNICADO DE LICENÇA-GESTANTE/ADOTANTE**

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Espírito Santo

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comunico ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva o início de minha licença-gestante/adotante, pelo período de XXX dias, a partir da data de nascimento/adoção de meu filho(a), ocorrida em XX/XX/XXXX.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nome do aluno e assinatura*