Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal
De Mangualde

_____, trabalhador/(a) a Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado deste Município, na qualidade de _____, comunica a V. Exa., ao abrigo do número 3.º (a), do artigo 20.º, da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, que se encontra na sua residência situada na _____, para fim de verificação domiciliária nos seguintes dias da semana:

Segunda-feira horas: _____às_____ e das _____às_____.
Terça-feira horas: _____às_____ e das _____às_____.
Quarta-feira horas: _____às_____ e das _____às_____.
Quinta-feira horas: _____às_____ e das _____às_____.
Sexta-feira horas: _____às_____ e das _____às_____.

Mangualde, _____

O/A Trabalhador/a

_____

(_____)

NOTA: a) "..., *o trabalhador deve fazer acompanhar o documento comprovativo da doença da indicação dos dias e das horas a que pode ser efetuada a verificação domiciliária, num mínimo de três dias por semana e de dois períodos de verificação diária, de duas horas e meia cada um, compreendidos entre as 9 e as 19 horas."*