|  |
| --- |
| **ALTERAÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO COM REMUNERAÇÃO PROPORCIONAL** |
|

|  |
| --- |
|  |

 |
| Servidor(a) | Matrícula SIAPE | Unidade de Lotação |
| Cargo | Função |
| E-mail | DDD e Telefone |
|   |
| Declaro que estou ciente de que as vantagens permanentes inerentes ao meu cargo efetivo serão pagas com a redução proporcional à jornada de trabalho reduzida.Por oportuno, informo que o requerente é ocupante de cargo em comissão ou função de confiança \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do qual está ciente que será exonerado/dispensado caso seja concedida a aludida redução.Data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Requerente  |
|  |

|  |
| --- |
| Manifestação da Chefia ImediataData \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  |
| Manifestação do Dirigente da Unidade / Órgão, quando for o casoData \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  |