|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Imediata  Data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura |
| Manifestação do Dirigente da Unidade / Órgão, quando for o caso  Data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura |