



SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO TEMPORÁRIA DE JORNADA DE TRABALHO

SOLICITANTE

COORDENADOR DA UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DO SERVIDOR:

NOME DO SERVIDOR:

CARGO / ESPECIALIDADE:

MATRÍCULA:

SECRETARIA:

C. CUSTO:

Conhecendo a proposta do Plano de Cargos e Carreiras que prevê cargas horárias para Médicos e Dentistas de 12, 20, 24, 30, 36 e 44 horas semanais, vem solicitar a alteração temporária da jornada de trabalho

DE (HORAS SEMANAIS):

DE (HORAS MENSAIS):

PARA (HORAS SEMANAIS):

PARA (HORAS MENSAIS):

JUSTIFICATIVA DO COORDENADOR SOLICITANTE:

| | AUMENTO TEMPORÁRIO DE DEMANDA POR SERVIÇOS PRESTADOS

| | FALTA DE PESSOAL ADVINDA DE LICENÇAS E AFASTAMENTOS NA UNIDADE DE TRABALHO

| | ALTERAÇÃO NA ROTINA DO SERVIÇO QUE ACARRETE NECESSIDADE DE AUMENTO DE PESSOAL

| | OUTRO: _____

PERÍODO DE VIGÊNCIA DA ALTERAÇÃO DE JORNADA:

DATA:

ASSINATURA DO COORDENADOR SOLICITANTE:

A
|

CASO A LOTAÇÃO DE ORIGEM DO SERVIDOR SEJA DIFERENTE DA LOTAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO:

NOME DO COORDENADOR DA UNIDADE DE ORIGEM DO SERVIDOR:

DATA:

ASSINATURA DO COORDENADOR SOLICITANTE:

DATA:

ASSINATURA DO SERVIDOR:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA / CARIMBO / ASSINATURA
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DO HOSPITAL DR. MÁRIO GATTI OU
COORDENADOR DA SECRETARIA DE SAÚDE

DATA / CARIMBO / ASSINATURA DIRETOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

| | DEFIRO

| | INDEFIRO

DATA / CARIMBO / ASSINATURA
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PRESIDENTE DO HOSPITAL DR. MÁRIO GATTI

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS

DATA / CARIMBO / ASSINATURA
COORDENADORIA SETORIAL FOLHA DE PAGAMENTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA / CIÊNCIA DO COORDENADOR SOLICITANTE

DATA / CIÊNCIA DO SERVIDOR