

REQUERIMENTO - HORÁRIO ESPECIAL

Dados do servidor solicitante:

Nome completo:
Matrícula:
Cargo:
Setor de Lotação:
Telefone Residencial ou Celular:
Email:

Requerimento:

Solicito, nos termos do art. 112, inciso II da Lei Complementar Estadual nº 122 de 1994, horário especial, mediante avaliação por junta médica oficial em virtude de:
<input type="checkbox"/> Ser portador de deficiência
<input type="checkbox"/> Possuir cônjuge, filho ou dependente portador de deficiência
Quantidade de horas que preciso reduzir: _____ <i>§ 2º Para efeito do disposto no inciso II, do caput deste artigo, o horário especial poderá ser concedido sob forma de jornada reduzida em dias consecutivos ou intercalados, ou ausência ao trabalho em dia específico por semana, conforme necessidade ou programa de atendimento da pessoa com deficiência, desde que seja cumprida a jornada de trabalho mínima de 20 (vinte) horas semanais por cada vínculo que venha a ocupar.</i>

Informações complementares em caso de parente com deficiência:

Nome do dependente:
Grau do parentesco:
Data de Nascimento:
Deficiência:

Documentos anexados no caso do servidor que possui deficiência

<input type="checkbox"/> Documento de identificação
<input type="checkbox"/> Laudo Médico e exames complementares

Documentos anexados no caso do servidor que possui parente com deficiência

<input type="checkbox"/> Documento pessoal do dependente
<input type="checkbox"/> Comprovação do parentesco/dependência (certidão de casamento, certidão de nascimento, declaração de união estável, termo de adoção, curatela, tutela, entre outros)
<input type="checkbox"/> Documentos que comprovem a dependência econômica: comprovante de residência, declaração do imposto de renda, entre outros
<input type="checkbox"/> Laudo Médico e exames complementares

Termo de ciência 1 (Somente em caso de acompanhamento de parente com deficiência)

<i>Estou ciente de que não poderei ser beneficiado (a) com horário especial se meu cônjuge ou companheiro já tiver sido beneficiado para acompanhamento do mesmo filho ou dependente.</i>
Assinatura do servidor(a): _____

Termo de ciência 2 (Em todos os casos de solicitação)

*Estou ciente de que caso o requerimento seja deferido, o horário especial passa a vigorar a partir da publicação da portaria emitida pela Presidência da FUERN.
Outrossim, em caso de desaparecimento do motivo do horário especial, deverei comunicar o fato ao setor de pessoal e providenciar meu retorno no prazo máximo de 10 (dez) dias, à jornada normal de trabalho.*

Assinatura do servidor(a): _____

TERMO DE DISTRIBUIÇÃO DE CARGA HORÁRIA - HORÁRIO ESPECIAL

Dados do servidor solicitante:

Nome completo:
Matrícula:
Cargo:
Setor de Lotação:

Identificação da Chefia imediata:

Nome completo:
Matrícula/Portaria:
Cargo/Função:

Escala de trabalho semanal				
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta

Tratando-se de servidor ocupante de cargo de Professor de Ensino Superior, a carga horária será distribuída obedecendo a previsão do inciso I, artigo 4º da Resolução 36/2014 - CONSEPE:
“ Aos docentes em regime parcial de 20 (vinte) horas será atribuída a carga horária mínima de 8 (oito) horas semanais em sala de aula”.

Termo de ciência da Chefia Imediata - responsável por acompanhar o cumprimento dos termos estabelecidos no presente acordo.

*Estou ciente da solicitação de horário especial formulada pelo servidor(a) acima qualificado.
O qual, após publicação da portaria de concessão pela presidência da FUERN, passará a cumprir a jornada de trabalho ora apresentada.*

Assinatura: _____

_____/_____, ____/____/____.
Cidade/UF dia/mês/ ano.

Assinatura do(a) servidor(a) requerente: _____

Assinatura e carimbo do Chefe: _____