PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA DA FAZENDA E GESTÃO ADMINISTRATIVA
DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS

REQUERIMENTO ALTERAÇÃO DE ESCALA

Secretaria:_____Local: _____

Cadastro:_____Nome do Servidor: _____

Cargo:_____

ALTERAÇÃO DE ESCALA

A PARTIR DO DIA: _____

NOVA ESCALA	Carga horária diária	JUSTIFICATIVA
Segunda:		
Terça:		
Quarta:		
Quinta		
Sexta:		

Total Horas Semanais: _____

ALTERAÇÃO DE LOCAL DE TRABALHO

A PARTIR DO DIA	NOVA LOCAL	JUSTIFICATIVA

_____ Assinatura do Servidor(a)

_____ Assinatura da Chefia Imediata

_____ Assinatura do Secretário(a)

Para Uso do RH

Lançado em: / /

_____ Assinatura do Servidor Responsável e Carimbo

PROTOCOLO

DATA:____/____/_____

RECEBIDO POR:_____