



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

## REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO COM REMUNERAÇÃO PROPORCIONAL

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula Siape:

CPF:

Data de Efetivo Exercício:

Unidade:

Cargo:

### 2 - REQUERIMENTO:

Venho requerer a **Alteração de Jornada de Trabalho com Remuneração Proporcional**, com base nos Arts. 5º a 7º, da Medida Provisória nº 2.174, de 24/08/2001, para:

- redução para seis horas diárias e 30 (trinta) horas semanais
- redução para quatro horas diárias e 20 (vinte) horas semanais
- reversão para jornada integral (oito horas diárias e 40 horas semanais)

A partir de: \_\_\_\_\_

**Nota:** A solicitação deverá ser encaminhada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data inicial da concessão.

Nestes termos, peço-lhe deferimento.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Servidor(a)

De acordo.

Assinatura e carimbo da chefia imediata.

Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo da Direção/Coordenação da Unidade.

Assinatura e carimbo da área de RH.