REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

Para atendimento à pessoa com deficiência

REQUERIMENTO DO SERVIDOR

Eu,_____

R.G. nº_____, CPF _____.

Residente à_____Bairro_____,

na cidade de _____/SP, CEP_____,

telefones_____,_____,_____recado com_____ e e-mail_____, venho requerer redução de carga horária de trabalho conforme previsto na art. 03 da Lei n.º 4.078/2024, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º xxxx/2024, para ( ) atendimento das necessidades básicas e/ou ( ) acompanhamento em processo de habilitação ou reabilitação da pessoa com deficiência identificada abaixo, com a qual possuo vínculo de responsabilidade na qualidade de_____.

DADOS PESSOAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome:_____

Sexo: _____Estado Civil: _____Idade: _____

RG.: _____CPF.: _____

TIPO DA DEFICIÊNCIA

( ) Auditiva ( ) Física ( ) Visual ( ) Intelectual

( ) Múltiplas: (descrever quais) _____

_____

Local e data: _____,____,_____,_____

_____

Assinatura do Requerente

*Previsão em dias para análise do processo – 30 dias.

DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR

Nome do Servidor: _____CPF. _____

Acúmulo de Cargo: ( ) SIM ( ) NÃO

Lotação: _____Matricula:_____

Cargo I:_____

Carga horária:_____Horário de trabalho:_____

Regime de Plantão/Escala: ( ) SIM ( ) NÃO

Lotação: _____Linha Funcional:_____

Cargo II:_____

Carga horária:_____Horário de trabalho:_____

Regime de Plantão/Escala: ( ) SIM ( ) NÃO

_____

Assinatura do Requerente

INFORMAÇÕES QUANTO À REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA
(PREENCHIMENTO DO DEPARTAMENTO RESPONSAVEL)

Tipo da Redução: ( ) Atendimento das necessidades básicas e ou

( ) Acompanhamento em processo de Habilitação ou Reabilitação.

Período da redução pretendida:( ) Manhã ( ) Tarde ( )Noite

Horário da redução pretendida: Das _____:_____às _____:_____ em _____dias por semana.

Local:_____Data: _____/_____/_____.

_____ _____

Assinatura do Médico Avaliador Assinatura Departamento SESMT

*Previsão em dias para análise do processo – 30 dias.

Relação dos documentos necessários para
REDUÇÃO DE JORNADA PARA ACOMPANHAMENTO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

Finalidade: Original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do servidor público com a pessoa com deficiência e, em caso de tutela ou curatela, a guarda judicial

- ☐ Requerimento de redução de jornada devidamente preenchido;
- ☐ Atestado médico de deficiência preenchido conforme previsto no decreto nºXXXX/2024;
- ☐ Atestado médico de acompanhamento preenchido conforme previsto no decreto nºXXXX/2024;
- ☐ Documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do servidor público com a pessoa com deficiência;
- ☐ Carteira de identidade (RG) do servidor público;
- ☐ Carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento, da pessoa com deficiência e CPF;
- ☐ Comprovante de endereço do servidor público;
- ☐ Declaração de Escolaridade com horário.

Não serão aceitos documentos rasurados, incompletos ou ilegíveis.

.....
Assinatura funcionário responsável pelo recebimento da documentação
(sobre carimbo)

*Previsão em dias para análise do processo – 30 dias.

Obs. Imprimir em 02 vias, sendo 01 via para ser entregue ao servidor e 01 via anexar ao protocolado.