



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DEPARTAMENTO PESSOAL

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE CARGA HORÁRIA

Eu, _____, matrícula nº _____, ocupante do cargo de _____, lotado(a) no(a) _____ comprometo-me a exercer minhas atividades a partir deste ato *(que somente poderá ser firmado após a data de manifestação favorável do Secretário), a jornada de 40 (quarenta) horas semanais de trabalho, de acordo com o art. 2 da Lei nº 3.634, de 01.04.2015.

Nestes termos,

Peço-lhe deferimento.

Gaspar (SC), _____ de _____ de 20__

Assinatura do Declarante

Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

Assinatura e carimbo do Secretário

PARA USO DO SECRETÁRIO:

Data: / /

DEFERIDO INDEFERIDO