



PREFEITURA MUNICIPAL DE GASPAR
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DEPARTAMENTO PESSOAL

REQUERIMENTO ALTERAÇÃO ESCALA

Secretaria: _____ Local: _____

Data: ___/___/___ Cadastro: _____ Cargo: _____

Nome do Servidor: _____

PARA USO DO SECRETÁRIO:

Data: / /

() DEFERIDO () INDEFERIDO

Assinatura do Secretário

ALTERAÇÃO DE ESCALA

A PARTIR DO DIA	NOVA ESCALA	JUSTIFICATIVA

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 Departamento Pessoal:

Lançado em: / /

Assinatura do Servidor Responsável e Carimbo

PROTOCOLO

DATA: ___/___/___

RECEBIDO POR: _____

SOLICITAÇÃO: () FOLHA () COMPENSAÇÃO

Assinatura do Receptor