



PREFEITURA DE GASPAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

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 a Lei nº 3.642, de 01.07.2015.

Nestes termos

Peço-lhe deferimento.

Gaspar (SC), _____ de _____ de 20____

Assinatura do Declarante

Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

PARA USO DO SECRETÁRIO:

Data: / /

DEFERIDO INDEFERIDO

Assinatura do Secretário