|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE REGIME DE TELETRABALHO** |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** |
| NOME COMPLETO |  |
| N° FUNCIONAL/VÍNCULO |  |
| CARGO |  |
| ÓRGÃO |  |
| LOTAÇÃO |  |
| MODALIDADE DE TELETRABALHO |  |
| **REQUERIMENTO** |
| Solicito o desempenho das minhas atividades em regime de teletrabalho, conforme Lei Complementar n° 1.081/2024.Declaro ter ciência e estar de acordo com os termos estabelecidos na referida lei, comprometendo-me a cumprir todas as disposições nela citadas, estando ainda ciente de que seu descumprimento implica desligamento automático do regime de teletrabalho por parte da Administração. |
| **SOLICITO ANÁLISE DE PRIORIDADE COM BASE NO(S) SEGUINTE(S) CRITÉRIO(S):** |
| [ ]  Servidor com deficiência, comprovada por laudo médico, que dificulte sua locomoção diária ao local de trabalho.[ ]  Servidor com filhos, enteados, tutelados, cônjuge ou companheiro com deficiência, comprovada por laudo médico, que residam no mesmo domicílio e demandem cuidados especiais.[ ]  Servidor com idade acima de 60 anos.[ ]  Servidora gestante e/ou lactante, mediante comprovação por laudo médico.[ ]  Servidor com filhos na primeira infância, de até 6 anos de idade.[ ]  Servidor cursando ensino médio-técnico, superior, pós-graduação lato sensu ou stricto sensu.[ ]  Não me enquadro em nenhuma das opções acima. |
| **TERMO DE CIÊNCIA** |
| Considerando o disposto no art. 11 da Lei Complementar n° 1.081/2024:– Estou ciente de que, caso tenha assinalado alguma prioridade acima, esta somente será considerada após o êxito na análise de aptidão a ser realizada pela minha chefia imediata.– Também tenho ciência de que a prioridade não importa direito imediato à designação para vagas de teletrabalho que já estejam ocupadas por demais servidores do mesmo setor. Local,       de       de      .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(assinatura eletrônica do servidor) |