

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: _____ Matrícula: _____

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 RESPONSÁVEL)

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.