DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DE SERVIDOR

Para fins de complementação de informações do(a) servidor(a) _____

_____, Matrícula nº_____, do(a)

(nome do Órgão) _____,

lotado no(a)_____,

exercendo a função de_____,

quanto à análise da solicitação de perícia médica para:

( ) Licenças
( )Readaptação ou Remanejamento de função e Remoção
( )Horário Especial de Trabalho

Declaro as informações abaixo:

1) Regime de trabalho:
( ) Plantonista
( ) Diarista

2) Horário de Trabalho: das_____às_____

3) Modalidade de trabalho:
( ) Presencial
( ) Remoto

4) O servidor(a) em tela tem mais de um vínculo de serviço com o Estado?
( ) Sim
( ) Não

5) O servidor(a) encontra-se em estágio probatório?
( ) Sim
( ) Não

Atribuições do servidor(a) (atividades desempenhadas):_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Recife,_____de_____de_____

_____

Assinatura da Chefia do Servidor(a)