

ANEXO I
MODELO DE PEDIDO DE CONCESSÃO DO TELETRABALHO

PEDIDO DE INCLUSÃO NO TELETRABALHO		
À Unidade Setorial de Gestão de Pessoas da (especificar o órgão ou entidade em que estiver lotado)		
Eu, (identificação do servidor solicitante)	Matrícula:	
Cargo:	Jornada semanal: () 20hs () 30hs () 40hs () 44hs	
E-mail institucional:	Telefone fixo:	Celular:
<p>Em razão de possuir () filho () cônjuge () ascendente em 1º grau, sob os meus cuidados diretos, venho solicitar a análise dos documentos abaixo selecionados para o deferimento de concessão do TELETRABALHO na modalidade de:</p> <p>() regime híbrido, sendo 04(quatro) horas diárias presenciais e as demais em trabalho remoto;</p> <p>() regime híbrido, sendo 02 (duas) vezes em período integral presencial e os demais dias da semana em trabalho remoto; ou</p> <p>() regime integral, em período integral e diário de trabalho remoto, e comparecimento presencial de 02 (dois) dias ao mês a serem definidas pela chefia imediata.</p> <p>Visando comprovar a necessidade, apresento o(s) seguinte(s) documento(s) que comprova(m) o vínculo de parentesco com a pessoa com deficiência:</p> <p>() certidão de nascimento ou do Termo de Adoção;</p> <p>() documento de identificação e CPF do dependente;</p> <p>() certidão de casamento ou união estável registrada em cartório, quando se tratar de cônjuge ou companheiro; ou</p> <p>() certidão judicial de curatela definitiva ou provisória atualizada, quando se tratar de filho maior de 18 (dezoito) anos ou de ascendente em primeiro grau com deficiência.</p> <p>Informo que tenho ciência que os documentos comprobatórios da deficiência e necessidade de tratamento e auxílio continuado, deverão ser apresentados por ocasião da realização de avaliação médica pericial.</p> <p>Por oportuno, DECLARO para os fins de direito que:</p> <p>() necessita da concessão do direito em razão da existência de dependência social e coabitação com pessoa com deficiência;</p> <p>() não exerço cargo de direção, chefia ou função gratificada, e tenho ciência de sua vedação enquanto perdurar a jornada em teletrabalho;</p> <p>() não possuo outro vínculo estatutário ou empregatício, ou desenvolvo qualquer outra atividade econômica e tenho ciência de sua vedação enquanto perdurar a jornada em teletrabalho;</p> <p>() não possuo cônjuge e nem há outros responsáveis pelo dependente com deficiência, que usufrua do mesmo ou de benefício semelhante ao solicitado; e</p>		

() concordo em ser removido, caso as atividades da minha atual lotação sejam incompatíveis com o teletrabalho ou funcione somente em escala de regime de plantão.

Estou ciente de que a concessão do teletrabalho está condicionada ao preenchimento dos requisitos exigidos nas disposições normativas que regem a matéria, especialmente no que se refere à análise da Perícia Médica Oficial, colocando-me, desde já, à disposição para complementação de documentos e averiguação social no endereço informado, se assim for necessário à ampla comprovação da necessidade de tratamento e auxílio continuado.

Estou ciente que o início das minhas atividades em teletrabalho somente deverá ocorrer após a autorização publicada em Diário Oficial e formalização do Plano de Trabalho Individual.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente,

Local, dd/mm/aa

Assinatura do Servidor

Declaração da da Chefia Imediata

Identificação da Chefia: (nome completo)

Cargo:	Telefone para contato:	E-mail institucional:
---------------	-------------------------------	------------------------------

Declaro, para fins de análise de concessão do direito de prioridade ao TELETRABALHO, que o servidor(a) acima especificado:

() desenvolve, nesta unidade, atividades compatíveis com o teletrabalho;
() não desenvolve, nesta unidade, atividades compatíveis com o teletrabalho, necessitando de remoção caso haja a confirmação da elegibilidade, concordando, desde já, com a remoção do servidor interessado.

Local, dd/mm/aa

(Assinatura)

Chefe imediato

Cargo