



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

EMPREGADO (A): _____ **MATRÍCULA:** _____

CARGO: _____

UNIDADE: _____ **SETOR:** _____

OBJETO: Redução de carga horária de _____ horas semanais para _____ horas semanais.

JUSTIFICATIVA DO (A) EMPREGADO (A):

ASSINALAR A ESCALA DE TRABALHO RESULTANTE:

	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
HORÁRIO DIURNO							
HORÁRIO NOTURNO							

DATA DO PEDIDO: ____ / ____ / ____

O (A) empregado (a) manifesta interesse na redução de sua jornada e está ciente dos seguintes termos:

- A redução deve ser autorizada pela Diretoria Geral da Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul devendo o (a) empregado (a) manter sua jornada até que seja firmado o aditivo contratual de trabalho;
- O (a) empregado (a) perceberá ajuste salarial proporcional à nova jornada de trabalho;
- A jornada de trabalho diária não poderá exceder 12hs consecutivas;
- Deve ser obedecido o intervalo interjornada de 11hs entre os plantões realizados;
- Deve ser respeitada a folga em um domingo por mês, não sendo possível realizar plantões fixos aos domingos.

EMPREGADO (A)

MANIFESTAÇÃO DA GESTÃO:

CHEFIA IMEDIATA

COORDENAÇÃO/DIREÇÃO

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300
UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / Clisam - (51) 3474.0169
SAMU Sapucaia do Sul - 192