|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOSALTERAÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO | RH – 402 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REQUERENTE | | | | MATRÍCULA SIAPE | |
| UNIDADE / SUBLOTAÇÃO | | | | PROCESSO N. º | |
| CARGO | | E-MAIL | | | TELEFONE |
| **HORÁRIO ATUAL**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Dias | 1° Turno | | 2º Turno | | | Início | Término | Início | Término | | Segunda |  |  |  |  | | Terça |  |  |  |  | | Quarta |  |  |  |  | | Quinta |  |  |  |  | | Sexta |  |  |  |  | | Sábado |  |  |  |  | | Domingo |  |  |  |  |   Total de Horas: | | | **HORÁRIO PRETENDIDO**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Dias | 1° Turno | | 2º Turno | | | Início | Término | Início | Término | | Segunda |  |  |  |  | | Terça |  |  |  |  | | Quarta |  |  |  |  | | Quinta |  |  |  |  | | Sexta |  |  |  |  | | Sábado |  |  |  |  | | Domingo |  |  |  |  |   Total de Horas: | | |
| **01** | **À Chefia Imediata/ Responsável pela área onde será exercida a jornada acrescida:** | | | | |
| Venho requerer a execução de jornada  dupla de trabalho.  simples de trabalho.  Para isto, declaro ter conhecimento do disposto na [Lei nº 9.436, de 05/02/1997](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9436.htm).  Acumula cargo público?  Não  Sim → Anexe o formulário [RH-155 (Declaração de acumulação de cargos)](http://www.ufjf.br/prorh/files/2008/10/RH155.doc) ao processo.  Em       **/**       **/**       Servidor | | | | | |
| **02** | **À Secretaria da Unidade de Lotação do Servidor requisitante:** | | | | |
| Parecer  Favorável à ampliação/ redução da jornada de trabalho.  Contra à ampliação/ redução da jornada de trabalho.  Justificativa:  Em       **/**       **/**  Assinatura e carimbo da Chefia Imediata | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **03** | **À Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas** |
| Estando ciente e de acordo, encaminhamos o presente processo de solicitação de Jornada Dupla de trabalho para análise de acordo com o artigo 43 da Lei 12.702/2012.  Em       **/**       **/**  **Assinatura e carimbo do(a) Coordenador(a) de Saúde Segurança e Bem-Estar/COSSBE**. | |
| **04** | **À GREM / CAP** |
| Encaminhamos o presente processo para verificar os valores necessários à concessão de Jornada Dupla de trabalho do interessado e legalidade do pedido.  Em       **/**       **/**  **Assinatura e carimbo do(a) Pró-Reitor(a) de Gestão de Pessoas** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **05** | **À Pró-Reitoria de Planejamento e Gestão / COESF** |
| Segue anexo às fls. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ com os valores necessários para a concessão de Jornada Dupla de trabalho ao servidor interessado. Por favor, verifiquem a viabilidade orçamentária.  Em **/**       **/**       **Assinatura e carimbo GREM/CAP/PROGEPE** | |
| **06** | **À GCAD / CAP** |
| Atestamos a  Viabilidade orçamentária, conforme as folhas:­\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Inviabilidade orçamentária. Cientifique o servidor interessado.  Em **/**       **/**  **Assinatura e carimbo COESF/ PROPLAG** | |
| **07** | **À Direção de Unidade de lotação do Servidor interessado** |
| Segue para ciência o  Deferimento de sua solicitação e para preenchimento da declaração abaixo, no campo 08.  Indeferimento de sua solicitação, conforme justificado às fls. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Em **/**       **/**  **Assinatura e carimbo GCAD/CAP/PROGEPE** | |
| **08** | **À COSSBE** |
| **DECLARAÇÃO:**  Declaro para os devidos fins que assumirei a dupla jornada de trabalho de 40 horas a partir de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  Em **/**       **/**  **Assinatura do servidor** | |
| **09** | **À Gerência de Cadastro / CAP / PROGEPE** |
| Ciente e de acordo com a mudança da dupla jornada a partir da data acima estabelecida.  Em **/**       **/**  **Assinatura e carimbo da COSSBE** | |
| **10** | **À Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas** |
| Após análise da documentação, encaminha-se para assinatura a portaria anexada.  Em **/**       **/**  **Assinatura e carimbo do(a) Gerente de Cadastro/PROGEPE** | |
| **11** | **À Gerência de Remuneração / CAP/ PROGEPE** |
| Para as devidas providências. Registro efetuados nos sistemas **SIAPE** e **SIGA**.  Em **/**       **/**  **Assinatura e carimbo do(a) Gerente de Cadastro/CAP/PROGEPE** | |
| **11** | **À Gerência de Cadastro/CAP/PROGEPE** |
| Cálculos efetuados para folha de pagamento, mês/ano \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.  Arquive-se.  Em **/**       **/**  **Assinatura e carimbo do(a) Gerente de Remuneração/CAP/PROGEPE** | |