

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIAServidor: SIAPE: Cargo: Lotação: RG: Órgão Expedidor: CPF: Endereço: Nº: Complemento: Bairro: Cidade: CEP: UF: Telefones: Email:

Solicito concessão de Redução de Jornada de Trabalho com Remuneração Proporcional para:

 4 horas diárias e 20 horas semanais. **6 horas diárias e 30 horas semanais.****DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR**

Declaro que nada tenho a opor quanto à Jornada de Trabalho Reduzida com Remuneração Proporcional, do servidor acima identificado.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Chefe Imediato

Nestes termos, pede o deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Servidor