

FLUXO – ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO DE SERVIDOR DA FMSRC

- 1. SOLICITAÇÃO A CHEFIA IMEDIATA PARA DISPENSA DE ESTÁGIO:** AUTORIZAÇÃO PARA DISPENSA - ESTÁGIO OBRIGATÓRIO (**anexo 1**) devidamente preenchido e assinado pela chefia imediata e pelo profissional que solicita a dispensa;
- 2. COMPROVANTE DE MATRÍCULA:** Impresso em papel timbrado da Instituição de Ensino comprovando a matrícula, ano, quantitativo de horas para o estágio obrigatório curricular e demais informações relativas ao cumprimento do estágio;
- 3.** Toda documentação necessária e formulários deverão ser **protocolados** na sede da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro ao Departamento de Gestão de Pessoas;
- 4.** Deverá ser anexado ao final de cada mês, juntamente a folha ponto, o documento comprobatório da realização dos estágios (declaração de comparecimento).

Dúvidas: ses@rc.saude-rioclaro.org.br

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO PARA DISPENSA - ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

Eu, _____, lotado na unidade _____, matriculan° _____, na função _____, com jornada diária de trabalho de _____ horas, solicito dispensa de ponto para realizar estágio obrigatório de conclusão do curso _____ da Instituição de Ensino _____.

Telefone para contato: (____) _____

	HORÁRIO DE TRABALHO ATUAL				HORÁRIO DE TRABALHO SOLICITADO			
02ª FEIRA								
03ª FEIRA								
04ª FEIRA								
05ª FEIRA								
06ª FEIRA								
Sábado*								
Domingo*								

*Sábado e domingo se houver

Conforme Lei Complementar Nº 164, de 17 de Maio de 2022, Cláusula 11, Parágrafo 1º, Item IV - Será permitido ao servidor público municipal estudante, sem prejuízo de seus vencimentos, e necessidade de reposição, realizar estágio, sem remuneração, no âmbito da administração direta e indireta do Município, bem como onde a faculdade se responsabilizar pelo estágio, **desde que comprovado seu vínculo acadêmico com a instituição de ensino superior ou técnico, e não ultrapasse 10 (dez) horas semanais**, cujas horas excedentes deverão ser compensadas pelo servidor, após previamente autorizado pelo superior hierárquico.

Necessidade de compensação: () Sim () Não

Forma de compensação: _____

Rio Claro, _____ de _____ de 20____.

ASS. DO SERVIDOR: _____

ASS. CHEFIA IMEDIATA (assinatura e carimbo): _____

Para preenchimento da Seção de Educação em Saúde, Treinamento e Desenvolvimento

() Autorizada () Negada

Justificativa: _____

Rio Claro, _____ de _____ de 20____.

Protocolo interno: _____

Assinatura e carimbo do servidor responsável: _____