FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua 6, 2580 - Entre Avenidas 30 e 32
Centro - Rio Claro - SP - Brasil
Tel: +55 (19) 3522-3600

# Anexo 15 (manual DGP/2021) SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

À PEDIDO: Servidor ( ) Chefia Imediata ( ) SESMT ( ) Depto. Gestão de Pessoas ( )

Nome: _____

Cargo: _____ Matricula: _____

Endereço:_____Bairro :_____

CEP: _____ Cidade: _____

Telefone fixo: ( ) _____ Celular: ( ) _____

Data da Admissão: _____/_____/____

Local de Trabalho atual: _____

FMSRC ( ) Outro: _____

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

POSSIBILIDADE DE TRANSFERÊNCIA PARA:

| **Opção I:** | **Opção II:** |
|---|---|
| Local de Trabalho: _____ | Local de Trabalho: _____ |
| FMSRC ( ) _____<br>_____ | FMSRC ( ) _____<br>_____ |

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA:
_____
_____
_____

Assinatura do solicitante:_____ Data: ___/____/20____

I – Manifestação do servidor (quando não for o solicitante da transferência): _____
_____
_____
_____
_____

Assinatura:_____ Data: _____/_____/20____

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua 6, 2580 - Entre Avenidas 30 e 32
Centro - Rio Claro - SP - Brasil
Tel: +55 (19) 3522-3600

II - MANIFESTAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA DO LOCAL DE TRABALHO ATUAL:

_____

_____

_____

_____

NECESSIDADE DE REPOSIÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO

Assinatura/carimbo:_____ Data: ___/____/20____

III - PARECER DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS:

_____

_____

_____

_____

Assinatura/carimbo:_____ Data: ___/____/20____

IV – PARECER DA CHEFIA IMEDIATA DO LOCAL DE TRABALHO PRETENDIDO:

_____

_____

_____

_____

Assinatura/carimbo:_____ Data: ___/____/20____

V - PARECER DO SESMT (QUANDO NECESSÁRIO):

_____

_____

_____

_____

Assinatura/carimbo:_____ Data: ___/____/20____

HOUVE ALTERAÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO OBS.: SE AFIRMATIVO, PREENCHER E JUNTAR O ANEXO B - ALTERAÇÃO DE HORÁRIO

.....

**PREENCHIMENTO PELO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS**

TRANSFERIDO: ( ) SIM A PARTIR DE: _____/_____/20_____ ( ) NÃO

NECESSIDADE DE SUBSTITUIÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

_____Data: ____/_____/20_____

ASSINATURA A CARIMBO

Alterado no sistema folha de pagamento, por: _____ Data: ___/___/20___

Alterado no sistema de ponto biométrico, por: _____Data: ___/___/20___

.....

**RENOVAÇÃO/ARQUIVAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA**

Obs.:Passado o prazo de 03 meses (90 dias), a contar da data da solicitação, na impossibilidade em efetuar a transferência e não havendo solicitação de renovação, o pedido será automaticamente arquivado em prontuário funcional junto ao Departamento de Gestão de Pessoas.

Arquivado em: ____/____/20____ Resp.: _____