



## **SUBSTITUIÇÃO DE FUNÇÃO DE CHEFIA**

Nome do Titular:	Matricula:
Função/FG:	Designado- Portaria Nº:

Nome do Substituto:	Matricula:
Designado- Portaria Nº:	

Período de Substituição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Motivo: (assinale abaixo)

- |                                                      |                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Férias- ____ dias           | <input type="checkbox"/> Licença Interesse                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Afastamento por estudo      | <input type="checkbox"/> Processo Administrativo disciplinar ou de inquérito por 60 dias, prorrogáveis por igual período. |
| <input type="checkbox"/> Licença gestante(120 dias)  | <input type="checkbox"/> Acidente de serviço ou doença profissional.                                                      |
| <input type="checkbox"/> Suspensão de Contrato       | <input type="checkbox"/> Auxílio Doença                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Licença á Adotante          |                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Tratamento da Própria Saúde |                                                                                                                           |

### **Observações:**

1. A licença médica do titular também deve ser informada ao DP através do serviço médico.
2. O Titular e Substituto não poderão estar em férias/afastamento/ licença concomitantes.
3. As licenças ou afastamentos deverão estar previamente autorizados e serem informadas ao DP para cadastramento no sistema.
4. O período de substituição não poderá ser inferior a 10 dias.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Novo Hamburgo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ao Diretor Executivo:

De acordo,

\_\_\_\_\_  
Carimbo/Assinatura

Novo Hamburgo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_