**ANEXO I**

**MODELO DE PEDIDO DE CONCESSÃO DO TELETRABALHO**

|  |
| --- |
| **PEDIDO DE INCLUSÃO NO TELETRABALHO**  |
| **À Unidade Setorial de Gestão de Pessoas da** (especificar o órgão ou entidade em que estiver lotado) |
| **Eu,**  (identificação do servidor solicitante) | **Matrícula:** |
| **Cargo:** | **Jornada semanal: ( )20hs ( )30hs ( )40hs ( )44hs** |
| **E-mail institucional:** | **Telefone fixo:** | **Celular:** |
| Em razão de possuir ( ) filho ( ) cônjuge ( ) ascendente em 1º grau, sob os meus cuidados diretos, venho solicitar a análise dos documentos abaixo selecionados para o deferimento de concessão do TELETRABALHO na modalidade de:( ) regime híbrido, sendo 04(quatro) horas diárias presenciais e as demais em trabalho remoto;( ) regime híbrido, sendo 02 (duas) vezes em período integral presencial e os demais dias da semana em trabalho remoto; ou( ) regime integral, em período integral e diário de trabalho remoto, e comparecimento presencial de 02 (dois) dias ao mês a serem definidas pela chefia imediata.Visando comprovar a necessidade, apresento o(s) seguinte(s) documento(s) que comprova(m) o vínculo de parentesco com a pessoa com deficiência:( ) certidão de nascimento ou do Termo de Adoção;( ) documento de identificação e CPF do dependente;( ) certidão de casamento ou união estável registrada em cartório, quando se tratar de cônjuge ou companheiro; ou( ) certidão judicial de curatela definitiva ou provisória atualizada, quando se tratar de filho maior de 18 (dezoito) anos ou de ascendente em primeiro grau com deficiência.Informo que tenho ciência que os documentos comprobatórios da deficiência e necessidade de tratamento e auxílio continuado, deverão ser apresentados por ocasião da realização de avaliação médica pericial.Por oportuno, DECLARO para os fins de direito que:( ) necessita da concessão do direito em razão da existência de dependência social e coabitação com pessoa com deficiência;( ) não exerço cargo de direção, chefia ou função gratificada, e tenho ciência de sua vedação enquanto perdurar a jornada em teletrabalho;( ) não possuo outro vínculo estatutário ou empregatício, ou desenvolvo qualquer outra atividade econômica e tenho ciência de sua vedação enquanto perdurar a jornada em teletrabalho;( ) não possuo cônjuge e nem há outros responsáveis pelo dependente com deficiência, que usufrua do mesmo ou de benefício semelhante ao solicitado; e( ) concordo em ser removido, caso as atividades da minha atual lotação sejam incompatíveis com o teletrabalho ou funcione somente em escala de regime de plantão.Estou ciente de que a concessão do teletrabalho está condicionada ao preenchimento dos requisitos exigidos nas disposições normativas que regem a matéria, especialmente no que se refere à análise da Perícia Médica Oficial, colocando-me, desde já, à disposição para complementação de documentos e averiguação social no endereço informado, se assim for necessário à ampla comprovação da necessidade de tratamento e auxílio continuado.**Estou ciente que o início das minhas atividades em teletrabalho somente deverá ocorrer após a autorização publicada em Diário Oficial e formalização do Plano de Trabalho Individual**. Por ser a expressão da verdade, firmo o presente,Local, dd/mm/aa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Servidor |
| **Declaração da da Chefia Imediata** |
| **Identificação da Chefia:** (nome completo) |
| **Cargo:** | **Telefone para contato:** | **E-mail institucional:** |
| Declaro, para fins de análise de concessão do direito de prioridade ao TELETRABALHO, que o servidor(a) acima especificado:( ) desenvolve, nesta unidade, atividades compatíveis com o teletrabalho;( ) não desenvolve, nesta unidade, atividades compatíveis com o teletrabalho, necessitando de remoção caso haja a confirmação da elegibilidade, concordando, desde já, com a remoção do servidor interessado.Local, dd/mm/aa(Assinatura) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chefe imediato Cargo |