

Anexo 15 (Instruções do DGP/2021)

## SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

À PEDIDO:

Servidor ( ) Chefia Imediata ( ) SESMT/DMSO ( ) Depto. Gestão de Pessoas ( )

Nome: \_\_\_\_\_,

Cargo: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro : \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Data da Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de Trabalho atual: \_\_\_\_\_

FMSRC ( ) ( ) Outra Secretaria/Prefeitura Municipal de Rio Claro: \_\_\_\_\_

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### POSSIBILIDADE DE TRANSFERÊNCIA PARA:

Opção I:	Opção II:
Local de Trabalho: _____	Local de Trabalho: _____
FMSRC ( ) Outra Secretaria/PMRC _____ _____ _____	FMSRC ( ) Outra Secretaria/PMRC _____ _____ _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

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/DMSO (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 da Instrução Normativa 01/2021

**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.: \_\_\_\_\_