



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Ci4ncia, Tecnologia e Inova4o
Fundao Universidade do Estado do Rio de Janeiro

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DO REGIME DE TRABALHO DE TEMPO INTEGRAL COM DEDICA4O EXCLUSIVA

À Superintend4ncia de Gestao de Pessoas da UERJ,

Nome	
Matr4cula UERJ	ID Funcional
Cargo/Perfil	
Lota4o	Localiza4o
Endere4o	
	Nº
Bairro	Cidade
Estado	CEP
Tel.	Cel.
<i>E-mail</i>	

Venho requerer o **cancelamento** do Regime de Trabalho de Tempo Integral com Dedicao Exclusiva, a contar da data ___/___/_____, de acordo com a Lei Estadual Nº 6.328/2012 e a **Resolu4o CONSUN Nº 05/2019**. Declaro que estou ciente das provid4ncias referentes à devolu4o dos valores de Adicionais de Dedicao Exclusiva recebidos, até a data do cancelamento dos proventos, em meu contracheque.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor

