



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação
Fundação Universidade do Estado do Rio de Janeiro

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

À Superintendência de Gestão de Pessoas da UERJ,

Nome	
Matrícula UERJ	ID Funcional
Cargo/Perfil	
Lotação	Localização
Endereço	
	Nº
Bairro	Cidade
Estado	CEP
Tel.	Cel.
<i>E-mail</i>	

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

Nestes termos,

Pede deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor

