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	
CPF	Matrícula Uerj
E-mail	

Vem requerer **Cancelamento do Regime de Trabalho de Tempo Integral com Dedicação Exclusiva**, **a contar de** ____/____/_____, nos termos da Lei Estadual nº 6.328/2012 e da Resolução CONSUN nº 16/2026.

Declara estar ciente das providências referentes à devolução dos valores de Dedicação Exclusiva recebidos até a data do cancelamento em seu contracheque.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Rio de Janeiro,_____de_____de_____.

_____

Assinatura do(a) servidor(a)