

FORMULÁRIO
PARA REMOÇÃO EX-OFFICIO

Nome Completo:	
Telefone: ()	Matrícula SIAPE:
E-mail:	
<input type="checkbox"/> Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico – Área:	
<input type="checkbox"/> Técnico Administrativo – Cargo:	
Área de Conhecimento:	
Jornada legal de Trabalho: <input type="checkbox"/> 20hs <input type="checkbox"/> 40hs <input type="checkbox"/> D.E. <input type="checkbox"/> Outra	
Campus / Unidade de Lotação Atual:	
Campus / Unidade de Lotação de Destino e o setor de exercício :	

Declaro, sob as penas da lei, que:

- Estou ciente de que devo aguardar a emissão da Portaria autorizando a data de minha movimentação;
- Estou ciente da carga horária a ser cumprida, acordada com a Direção Máxima da Unidade;
- Não estou respondendo a Inquérito Policial ou Ação Judicial Penal, Sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar;
- Responsabilizo-me pelas informações aqui prestadas.

Nestes termos, peço deferimento.

Assinatura do(a) servidor(a) interessado(a)