

**FORMULÁRIO  
PARA REDISTRIBUIÇÃO**

Nome Completo:	
Telefone: ( )	Matrícula SIAPE:
Órgão de Origem:	Unidade de Lotação atual:
E-mail:	
( ) Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico – Área:	
( ) Técnico Administrativo – Cargo:	
Área de Conhecimento:	
Jornada legal de Trabalho: ( ) 20hs ( ) 40hs ( ) D.E. ( ) Outra	
Instituição de <b>destino</b> (em caso de Redistribuição para o IFPR, informar Campus/Unidade de lotação e o <b>setor de exercício</b> ):	
E-mail da Reitoria/Autoridade Máxima da Instituição de destino:	
E-mail da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas ou Setor/Servidor Responsável pela Movimentação:	

Declaro, sob as penas da lei, que:

- Estou ciente de que não caberá qualquer pagamento a título de ajuda de custo, decorrentes ao deslocamento;
- 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;
- Estou ciente do impedimento de movimentação de servidor ou empregado público que se encontre em período de licença ou afastamento legal;
- Estou ciente de que o Sistema SIAPE efetua automaticamente o corte do valor do ressarcimento per capita de saúde a partir do momento que for redistribuído e que deverei fazer nova solicitação no Sistema SIGEPE para inclusão deste ressarcimento.
- 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)