



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP

E-mail para contato: adm.fspss@gmail.com Telefone: (12) 3891-1084

CNPJ: 19.843.891/0001-76

REQUERIMENTO DE DISPENSA PARA SAÍDA ANTECIPADA ARTIGO 23 DO REGULAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

Ilmo. Sr. **CARLOS EDUARDO ANTUNES CRAVEIRO**

Diretor Presidente - Fundação de Saúde Pública de São Sebastião – FSPSS

FUNCIONÁRIO REQUERENTE				
NOME				
MATRÍCULA	RG			CPF
ADMISSÃO	CONCURSO PÚBLICO Nº			
CARGO	LOTAÇÃO			

Eu, acima identificado(a), funcionário(a) desta Fundação de Saúde Pública de São Sebastião - FSPSS, **REQUEIRO** autorização de dispensa antecipada de 30 (trinta) minutos diários para fim educacional nos termos do Artigo 23 do Regulamento Interno de Recursos Humanos, conforme as informações declaradas abaixo bem como aquelas prestadas nos documentos anexos:

DADOS DO CURSO				
ÁREA DO CURSO				
SEMESTRE	ANO LETIVO	CARGA HORARIA TOTAL DO ESTÁGIO		
INSTITUIÇÃO				
TIPO DO CURSO	Superior	Técnico	Profissionalizante	Outros* especificar
*				

Comprometo-me a registrar fidedignamente meus horários de jornada de trabalho nos meios de registro de ponto disponibilizados pela entidade e declaro estar ciente de que a dispensa, se concedida, estará estritamente vinculada à realização do curso declarado e, na ocorrência de abandono ou término deste, a dispensa estará imediatamente revogada, devendo o evento ser comunicado por mim, formalmente ao Setor de Recursos Humanos.

Declaro estar ciente que a dispensa será concedida nos termos do Artigo 23 do Regulamento Interno de Recursos Humanos, e suas eventuais alterações, e que, tendo o curso duração superior a 180 (cento e oitenta) dias, este requerimento deverá ser realizado novamente a cada semestre.

Sendo verdade, anexo os documentos abaixo relacionados e aguardo deferimento.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

São Sebastião, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Funcionário Requerente

Concordância da Diretoria responsável pelo funcionário, para deferimento da dispensa.	
CONCORDO, HÁ VIABILIDADE ()	NÃO CONCORDO, NÃO HÁ VIABILIDADE ()
São Sebastião, ____ de ____ de ____ . _____	
Assinatura do Diretor Responsável	
Deferimento do Diretor Presidente	
DEFERIDO ()	INDEFERIDO ()
São Sebastião, ____ de ____ de ____ . _____	
Assinatura do Diretor Presidente	
Ciência do funcionário requerente	
São Sebastião, ____ de ____ de ____ . _____	
Assinatura do funcionário requerente	
Ciência da chefia imediata	
São Sebastião, ____ de ____ de ____ . _____	
Assinatura da chefia imediata	



Nossa missão é promover o bem estar e saúde por meio da Gestão, do cuidado, da responsabilidade, com excelência! Nossa Visão é ser modelo na prestação de serviços de saúde, como agente transformador das políticas públicas por meio da gestão, gerência e educação!

Nossos valores são a ética, responsabilidade individual, social e ambiental, transparência, qualidade, amor, comprometermos e efetividade!

**FUNDAÇÃO DE
SAÚDE PÚBLICA
DE SÃO SEBASTIÃO**

Setor de Recursos Humanos