



# 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](mailto:adm.fspss@gmail.com) Telefone: (12) 3891-1084

CNPJ: 19.843.891/0001-76

## REQUERIMENTO DE DISPENSA PARA REALIZAÇÃO DE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

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 para realização de curso de especialização, conforme as informações declaradas abaixo bem como aquelas prestadas nos documentos anexos:

DADOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO				
ÁREA DO CURSO				
SEMESTRE	ANO LETIVO	CARGA HORARIA TOTAL DO ESTÁGIO		
INSTITUIÇÃO				
TIPO DO CURSO	<i>Pós Graduação</i>	<i>Mestrado</i>	<i>Doutorado</i>	<i>Outros* especificar</i>
*				

Comprometo-me a registrar fidedignamente meus horários de jornada de trabalho nos meios de registro de ponto disponibilizados pela entidade e a compensar as horas negativas por meio do Sistema de Banco de Horas nos demais dias e/ou utilizando o saldo positivo anterior já existente; por meio da participação em Eventos e Campanhas para as quais for convocado; dentre outras formas que me forem apresentadas por minha Diretoria, até quitação total das horas devidas, respeitando o que determina o Art. 59 da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho e nos termos do Regulamento Interno de Recursos Humanos.

Declaro estar ciente que, caso me desligue desta entidade, as horas devidas serão descontadas em saldo rescisório.

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, compromettimentos e efetividade!

**FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO**