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

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE LOTAÇÃO

Funcionário		**Cargo**	
Matrícula		**Admissão**	
Unidade atual		**Transferência para**	
A partir de:		**Solicitado por:**	

O FUNCIONÁRIO ESTÁ NO PERÍODO DE EXPERIÊNCIA? **SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA ( )**

PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA

Justificativa sucinta:

Descrição dos fatos:

Documentos anexados a este processo:

Conclusão do Processo:

Autorizo a transferência do funcionário conforme processo acima.

_____ _____ ___ / ___ / _____ .
Nome do Responsável pela transferência e Cargo Assinatura Data

Estou Ciente e Concordo com a transferência conforme processo acima.

_____ ___ / ___ / _____ .
Assinatura do Funcionário transferido Data

CONCLUSÃO (*Segue para Setor de Recursos Humanos para os procedimentos legais)*

Transferência realizada em:

Assinatura do Setor de Recursos Humanos:

Ao Departamento de Atenção Básica: Favor, alterar o CNES conforme processo acima:

_____ _____ ___ / ___ / _____ .
Nome do Responsável pela alteração do CNES Assinatura Data