

REQUERIMENTO REGIME DE TELETRABALHO

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DO SERVIDOR: |  |
| NÚMERO FUNCIONAL E VÍNCULO: |  |
| ÓRGÃO/AUTARQUIA: | FAPES |
| LOCALIZAÇÃO: |  |
|  | |
| DECLARAÇÃO | |
|  | |
| Declaro ter ciência e estar de acordo com os termos estabelecidos na Lei Complementar n° 874 de 14 de dezembro de 2017, Lei Complementar nº 955 de 25 de setembro de 2020 e no Decreto n° 4712-R de 20 de agosto de 2020, comprometendo-me a cumprir todas as disposições nelas citadas, estando ainda ciente de que seu descumprimento implica em desligamento automático do regime de teletrabalho por parte da administração. | |