

## ANEXO, I DA RESOLUÇÃO Nº 9-CAD/UNICENTRO, DE 2 DE AGOSTO DE 2017.

### FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE FLEXIBILIZAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO AGENTE UNIVERSITÁRIO

1. NOME: \_\_\_\_\_  
2. SETOR DE TRABALHO: \_\_\_\_\_ 3. CAMPUS: \_\_\_\_\_  
4. INSTITUIÇÃO DE ENSINO: \_\_\_\_\_  
5. CURSO: \_\_\_\_\_

6. PERÍODO DA FLEXIBILIZAÇÃO DE HORÁRIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. DOCUMENTOS OBRIGATORIOS A SEREM JUNTADOS PELO REQUERENTE NESTE PROTOCOLO:

7.1. Declaração de matrícula do estabelecimento de ensino, contendo datas e horários das aulas.

7.2. Cronograma de reposição das horas de trabalho flexibilizadas.

O(a) servidor(a) acima nominado(a) declara que há incompatibilidade entre seu horário de trabalho e os horários de aulas e demais atividades referentes ao curso supracitado. Dessa forma, requer a concessão de FLEXIBILIZAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO, com objetivo de frequentar às aulas e demais atividades, mediante reposição obrigatória, nos termos da legislação estadual e da regulamentação institucional.

O requerente declara estar ciente de que o presente requerimento deve ser protocolizado com, no mínimo, **30 dias de antecedência**, e que a flexibilização de horário de trabalho se **inicia somente após a deliberação final sobre o pedido**.

Encaminha-se à Diretoria de Pessoal. Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do requerente

**DIRP:** Encartamos neste protocolo a Informação nº \_\_\_\_/\_\_\_\_-DIRP/PRORH. Encaminha-se ao setor de trabalho do agente universitário (\_\_\_\_\_) para parecer da chefia imediata. Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Carimbo e assinatura

#### CHEFIA IMEDIATA:

( ) A chefia imediata **defer** o requerimento de flexibilização de horário de trabalho.

( ) A chefia imediata **indefer** o requerimento de flexibilização de horário de trabalho.

Em caso de deferimento, a chefia imediata declara que as atividades do agente universitário serão executadas pelo próprio servidor nos horários de reposição e/ou redistribuídas a outros servidores lotados no setor. Declara ainda, que o cronograma de reposição de horas proposto possibilita a integralização da jornada de trabalho, sem prejuízos ao exercício da função e ao desenvolvimento das atividades, levando-se em consideração o horário de funcionamento do setor e a conveniência quanto à compensação das horas flexibilizadas em horários alternativos. Por fim, declara ter ciência de que é de responsabilidade da chefia imediata acompanhar a reposição da carga horária flexibilizada, bem como readequar os horários flexibilizados, caso necessário, observando as regras regulamentares.

Encaminha-se à (ao) \_\_\_\_\_, para parecer da Chefia de Unidade. Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Carimbo e assinatura da chefia imediata

#### CHEFIA DE UNIDADE:

( ) A Chefia de Unidade **defer** o requerimento de flexibilização de horário de trabalho.

( ) A Chefia de Unidade **indefer** o requerimento de flexibilização de horário de trabalho.

Encaminha-se ao Gabinete da Reitoria para providências. Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Carimbo e assinatura da Chefia de Unidade

#### REITORIA:

A Reitoria autoriza a flexibilização de horário de trabalho, nos termos estabelecidos pela regulamentação institucional.

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Carimbo e assinatura



# Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

ANEXO, II DA RESOLUÇÃO Nº 9-CAD/UNICENTRO, DE 2 DE AGOSTO DE 2017.

## CRONOGRAMA DE REPOSIÇÃO DE HORAS DE TRABALHO FLEXIBILIZADAS AGENTE UNIVERSITÁRIO

N.	AULAS/ATIVIDADES		REPOSIÇÃO/ANTECIPAÇÃO	
	Datas	Horários	Datas	Horários
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(Obs.: A tabela acima poderá ser adequada, quando necessário).

O cronograma de reposição apresentado pelo(a) requerente, para fins de Flexibilização de Horário de Trabalho, foi previamente aprovado pela chefia imediata.

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Carimbo e assinatura da chefia imediata

Requerente: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_