**REQUERIMENTO DE CONCESSÃO**

ESTADO DO TOCANTINS

**SECRETARIA DA SAÚDE**



**N.º DE CONTROLE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO:**  Horário Especial para Estudante.  10 dias consecutivos para conclusão de trabalho de graduação e pós-graduação. | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES DO SERVIDOR** | | | | | | |
| **NOME DO SERVIDOR:** |  | | | | | |
| **MATRÍCULA:** |  | | | | | |
| **LOTAÇÃO:** |  | | | | | |
| **CARGO EFETIVO:** |  | | | | | |
| **CARGO COMISSÃO:** |  | | | | | |
| **FONE CONTATO:** |  | | **E-MAIL:** | | |  |
| **INFORMAÇÕES DO CURSO** | | | | | | |
| **NOME DO CURSO:** | |  | | | | |
| **TIPO DO CURSO:** | | Técnico   Graduação  Pós - graduação:  *Especialização*  *Mestrado*  *Doutorado* | | | | |
| **INSTITUIÇÃO:** | |  | | | | |
| **CIDADE/ESTADO:** | |  | | | | |
| **PERÍODO/MÓDULO QUE ESTÁ MATRICULADO:** | | | |  | | |
| **INFORMAÇÕES SOBRE PERÍODO DA CONCESSÃO** | | | | | | |
| 10 dias consecutivos para conclusão de trabalho de graduação e pós-graduação  Período de      /      /       a      /      /  Horário Especial de Estudante – Em Anexo  Informar em anexo a grade de horário semanal que se pretende cumprir se caso haja o deferimento deste pedido.  **Obs.: A autorização só terá validade de 01 (um) semestre.** | | | | | | |
| **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA** | | | | | | |
| **Para Conclusão de Trabalho de graduação e pós-graduação:**   1. Documento comprobatório de matrícula no curso mencionado; 2. Declaração da Instituição informando que o servidor está em fase de elaboração do trabalho de conclusão do referido curso.   **Para Horário Especial de Estudante:**   1. Documento comprobatório de matrícula do semestre em andamento, do referido curso; 2. Comprovante de horário das disciplinas que serão cursadas no semestre; 3. Comprovante de horário semanal que se pretende cumprir em seu setor/unidade; 4. Comprovante de horário informando a reposição das horas liberadas; 5. Declaração da Instituição informando que o curso mencionado não é disponibilizado no período noturno. | | | | | | |
| Assinatura do Servidor Data:      /      / | | | | | Assinatura do (a) Gerente do Setor / Unidade | |
| **PARECER DO SECRETÁRIO DA SAÚDE** | | | | | | |
| DEFERIDO  INDEFERIDO Palmas,       de       de      .  **Samuel Braga Bonilha**  Secretário de Estado da Saúde | | | | | | |

✂



**COMPROVANTE DE ENTREGA DE FORMULÁRIO DE CONCESSÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO SERVIDOR:** |  | | **MATRÍCULA:** |  |
| **N° CONTROLE:** |  | **DATA:** | /      / | |

**Obs.: A documentação para solicitação de CONCESSÃO deverá ser apresentada à Diretoria de Gestão e Regulação do Trabalho, via protocolo, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do período desejado, ficando vetado o seu recebimento em data posterior a este prazo.**