**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.**