

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nº Funcional/Vínculo	Nome	
Localização (setor)	Lotação (órgão)	
	DIO/ES	
Cargo	Função	

PRIORIDADE DO SERVIDOR

ASSINALE ABAIXO A PRIORIDADE A QUAL SE ENQUADRA, CONFORME PREVISTO NO ART. 5º INCISO II DA LEI COMPLEMENTAR Nº 874/2017, ALTERADA PELA LEI COMPLEMENTAR Nº 955/2020:

Com deficiência que importe em dificuldade de locomoção diária ao local de trabalho

Com filhos, enteados, tutelados, cônjuge ou companheiro com deficiência, que residam no mesmo domicílio, que demandem cuidados especiais, na forma do regulamento

Portador de doença crônica, na forma de regulamento (Portaria 050-R de 27/03/2020; Portaria 179-R de 11/09/2020 e Lei 7.713 de 22/12/1988)

Gestante e lactante

Com idade acima de 60 (sessenta) anos

Com filhos com idade de até 12 (doze) anos

Residente em localidades mais distantes do órgão ou entidade em que esteja localizado

DECLARAÇÃO

DECLARO TER CIÊNCIA E ESTAR DE ACORDO COM OS TERMOS ESTABELECIDOS NA LEI COMPLEMENTAR N 874/2017 E NO DECRETO Nº 4712-R/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.

DATA E ASSINATURA DO SERVIDOR

--