

ANEXO II



FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ
FORMULÁRIO PARA MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

1. DADOS DO SERVIDOR

MATRÍCULA	NOME	CARGO

2. REMANEJAMENTO

DESCRIÇÃO	LOCAL DE TRABALHO ATUAL	NOVO LOCAL DE TRABALHO
NOME DO SETOR / UNIDADE		
HORÁRIO DE TRABALHO		
TIPO DE MARCAÇÃO DE PONTO		
ALTERAÇÃO A SER EFETIVADA A PARTIR DA COMPETÊNCIA		DATA _____/_____/_____

3. AUTORIZAÇÃO

UNIDADE DE ORIGEM		
CHEFIA IMEDIATA		
ASSINATURA		

DATA __/__/____		

UNIDADE DE DESTINO		
CHEFIA IMEDIATA	GESTOR DO DEPARTAMENTO	DIRETOR
ASSINATURA	ASSINATURA	ASSINATURA
_____	_____	_____
DATA __/__/____	DATA __/__/____	DATA __/__/____

4. PARA USO DA SEÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

DEMANDA	DATA	RESPONSÁVEL PELA VERIFICAÇÃO
AUDESP	___/___/____	
PONTO E FREQUÊNCIA	___/___/____	
MEDICINA DO TRABALHO	___/___/____	

OBS:

Servidor(a):