

## SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO (HORAS EXTRAS) E PERCEPÇÃO DO ADICIONAL CORRESPONDENTE

( ) À Coordenação de Gestão de Pessoas do *Campus* Santa Rosa do Sul

( ) À Diretoria de Gestão de Pessoas (para a Reitoria)

Solicitante (Chefia Imediata):		
Setor:		
Nome do Servidor:		
Matrícula SIAPE:		
Data da execução	Horário da execução	Nº horas a serem executadas
JUSTIFICATIVA PARA A SOLICITAÇÃO:		
Data: ____/____/____	_____ Assinatura do Servidor	
Data: ____/____/____	_____ Assinatura e carimbo da Chefia imediata	
( ) Autorizado ( ) Não autorizado		
Data ____/____/____	_____	
Justificativa para a decisão:		
Data ____/____/____	_____ Unidade de Gestão de Pessoas	
Data recebimento na DGP: ____/____/____	_____ DGP/IFC	