



**ANEXO I - REQUERIMENTO DE REGIME DE TELETRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

NOME COMPLETO	
Nº FUNCIONAL/VÍNCULO	
CARGO	
ÓRGÃO	
LOTAÇÃO	
MODALIDADE DE TELETRABALHO	

**REQUERIMENTO**

Solicito o desempenho das minhas atividades em regime de teletrabalho, conforme Lei Complementar nº 1.081/2024.

Declaro ter ciência e estar de acordo com os termos estabelecidos na referida lei, comprometendo-me a cumprir todas as disposições nela citadas, estando ainda ciente de que seu descumprimento implica desligamento automático do regime de teletrabalho por parte da Administração.

**SOLICITO ANÁLISE DE PRIORIDADE COM BASE NO(S) SEGUINTE(S) CRITÉRIO(S):**

- Servidor com deficiência, comprovada por laudo médico, que dificulte sua locomoção diária ao local de trabalho.
- Servidor com filhos, enteados, tutelados, cônjuge ou companheiro com deficiência, comprovada por laudo médico, que residam no mesmo domicílio e demandem cuidados especiais.
- Servidor com idade acima de 60 anos.
- Servidora gestante e/ou lactante, mediante comprovação por laudo médico.
- Servidor com filhos na primeira infância, de até 6 anos de idade.
- Servidor cursando ensino médio-técnico, superior, pós-graduação lato sensu ou stricto sensu.
- Não me enquadro em nenhuma das opções acima.

**TERMO DE CIÊNCIA**

Considerando o disposto no art. 11 da Lei Complementar nº 1.081/2024:

– Estou ciente de que, caso tenha assinalado alguma prioridade acima, esta somente será considerada após o êxito na análise de aptidão a ser realizada pela minha chefia imediata.

– Também tenho ciência de que a prioridade não importa direito imediato à designação para vagas de teletrabalho que já estejam ocupadas por demais servidores do mesmo setor.

Local, de de .

\_\_\_\_\_  
(assinatura eletrônica do servidor)

