

PROCESSO DE REMOÇÃO – ANEXO V – RECURSO CLASSIFICAÇÃO
CARGO: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

Ao grupo de trabalho responsável pelo processo de remoção,

Nome _____, matrícula _____,

CPF _____, lotado(a) atualmente no(a) _____,

no cargo de _____

Nº de classificação no processo de Remoção:

MOTIVO E JUSTIFICATIVA

Declara estar ciente da Instrução Normativa Conjunta SERH/SES nº 02/2024 e do Comunicado Conjunto SERH/SES nº 02/2024, que regulamentam o Processo e estar ciente das normas que regem a Remoção, responsabilizando-se pelas suas informações prestadas.

Sorocaba _____ de _____ de 2024.

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR (A)

MANIFESTAÇÃO DA COMISSÃO RESPONSÁVEL PELO PROCESSO DE REMOÇÃO

DESPACHO:

☐

DEFERIDO

☐

INDEFERIDO

CARIMBO E ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO DO RECURSO

CIÊNCIA DO(A) INTERESSADO(A)

DATA _____/_____/_____

DATA _____/_____/_____