



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação
Fundação de Apoio à Escola Técnica

FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE FALTAS

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____

CPF: _____

Cargo Efetivo/Carga Horária: _____

ID Funcional: _____ Vículo: _____ Matrícula: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____

Telefones: _____ / _____ E-mail: _____

LOTAÇÃO DO SERVIDOR

Secretaria ou órgão equivalente: Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro – FAETEC.
Sede: Rua Clarimundo de Melo, 847 - Quintino Bocaiuva, Rio de Janeiro – RJ – CEP 21311-281.

Unidade Administrativa

Nome: _____

Número: _____

Possuí Unidade Própria de Processamento de Inquéritos? SIM () NÃO (X)

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____

Telefones: _____ / _____ E-mail: _____

CONFORME DISPOSTO NA RESOLUÇÃO SEPLAG Nº 1.183, DE 25 DE AGOSTO DE 2014. FIXA A ROTINA-PADRÃO PREVISTA NO ART. 1º, CAPUT, DO DECRETO Nº 44.789, DE 13 DE MAIO DE 2014, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Fundação de Apoio à Escola Técnica
Rua Clarimundo de Melo, 847 - Quintino Bocaiuva, Rio de Janeiro – RJ
CEP 21311-281



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação
Fundação de Apoio à Escola Técnica

HISTÓRICO DAS FALTAS

() **10 (DEZ) FALTAS CONSECUTIVAS/ABANDONO DE CARGO** (Artigo.52,V, do Decreto Lei nº220/75)

Período de _____ a _____

() **20(VINTE) FALTAS INTERPOLADAS NO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES** (Artigo.52, VI do Decreto Lei nº 220/75).

Período de _____ a _____

RESPONSÁVEIS PELA COMUNICAÇÃO

À (Ao) CGE/Coordenadoria de Responsabilização de Agentes Públicos (órgão competente para processamento do PAD), comunicando que o servidor indicado faltou ao serviço, sem apresentação Justificativa, no período assinalado.

Seguem, com vista à comprovação da prática do ilícito disciplinar:

1- Mapa de Controle de Frequência /MCF dos meses em que ocorreram as faltas:

() original () cópia/"CONFERE COM ORIGINAL"

2- Cartões de Frequência dos meses em que ocorreram as faltas:

() original () cópia/"CONFERE COM ORIGINAL"

3- Assentamento funcional.

4- Informação sobre a data de suspensão do pagamento do servidor.

Data:

Agente de Pessoal
(Assinatura e carimbo de identificação)

Diretor da Unidade Administrativa
(Assinatura e carimbo de identificação)

OBSERVAÇÕES:
