



ALTERAÇÃO DE DADOS FUNCIONAIS

Ao Departamento de Recursos Humanos do Centro de Promoção Social Municipal – Ceprosom

Considerando a necessidade de readequar o quadro funcional, visando melhorias de atendimento ao público na execução das atividades dos setores ou departamentos, informamos a alteração dos dados funcionais do colaborador abaixo relacionado:

Nome do Colaborador: _____

Cargo: _____

Alteração de Local de Trabalho

Superior Imediato/Supervisor anterior: _____

Superior Imediato/Supervisor novo: _____

Transferência do Setor/Depto: _____

Para o Setor/Depto: _____

A partir de ____/____/____.

Alteração de Horário

| | Domingo | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª | Sábado |
|---------|---------|----|----|----|----|----|--------|
| Entrada | | | | | | | |
| Saída | | | | | | | |
| Entrada | | | | | | | |
| Saída | | | | | | | |

Vigência das alterações do horário

Data deste documento

____/____/____

____/____/____

Superior Imediato/Supervisor – Setor Anterior e/ou
Atual
(No caso de Alteração de Local de Trabalho e/ou
Horário)

Superior Imediato/Supervisor – Setor Novo
(No caso de Alteração apenas de Local de Trabalho)

Ciência do funcionário: _____ data ____/____/____

RH: Recebido _____ data ____/____/____ Hora _____