|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO II FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO DE PRIORIDADES**  **EDITAL \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOME DO SERVIDOR:** | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **NÚMERO FUNCIONAL E VÍNCULO:** | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **SETOR DA AUTARQUIA:** | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **LOCALIZAÇÃO DO SETOR:** | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **DECLARO ME ENQUADRAR NAS CONDIÇÕES LEGAIS DE PRIORIDADE ASSINALADAS ABAIXO:** | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Com deficiência, que importe em dificuldade de locomoção diária ao local de trabalho.** | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Com filhos, enteados, tutelados, cônjuge ou companheiro com deficiência, que residam no mesmo domicílio, que demandem cuidados especiais, na forma do regulamento.** | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Portador de doença crônica, na forma de regulamento.** | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Gestante e lactante.** | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Com idade acima de 60 (sessenta) anos.** | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Com filhos com idade de até 12 (doze) anos.** | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Distância da residência à unidade de lotação na AGERH.** | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
|  | **\* A distância entre a residência do servidor e a AGERH será calculada pela COLT, adotando-se a rota mais curta obtida através da ferramenta virtual "Google Maps" no "modo" carro.** | | | | | | | | | |  |
| **DECLARAÇÃO** | | | | | | | | | | |  |
| **Declaro ter ciência e estar de acordo com os termos estabelecidos na Lei Complementar 874 de 14 de dezembro de 2017 alterada pela Lei Complementar 955 de 25 de setembro de 2020 e no Decreto 4712-R de 20 de agosto de 2020, comprometendo-me a cumprir todas as disposições neles citadas, estando ainda, ciente de que seu descumprimento implica em desligamento automático do regime de teletrabalho por parte da Administração.** | | | | | | | | | | |  |
| **DATA E ASSINATURA DO SERVIDOR** | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |