**REQUERIMENTO**

**A COORDENADORIA DE PAGAMENTO DE PESSOAL DO DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL**

**SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO AUTOMÁTICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do substituto:** | **SIAPE**:  |
| **O substituto já percebe FG/CD/FCC?**  | Sim( )  | Não ( ) |
| **Se sim, Nome do Cargo***:*  | **Código (FG, CD):**  |
| **Carga Horária/Jornada de Trabalho:**  |  |
| **Nome do titular:**  | **SIAPE:**  |
| **Setor:**  |
| **Função:**  | **Código (FG, CD):**  |
| **Período da substituição:** | **Início:**  | **Fim:** |
| **Motivo da substituição:** |

**Observações:**

a) O substituto não pode estar de férias ou afastado no período solicitado. Obs.: O Servidor não poderá substituir se tiver com afastamento no país com ônus para o órgão (capacitação parcial sem prejuízo do salário) e carga horária reduzida.

b) Afastamentos para exercício de atribuições pertinentes ao cargo e para participação em bancas de concurso, defesas e trabalhos de campo não dão justificativa para substituição **(Memorando Circular nº 4/DAP/SEGESP/2013).**

c) Em caso de afastamento para participação em eventos de curta duração, congressos e similares, deve-se anexar comprovante de participação e folder do evento.

d) Em caso de substituição automática a solicitação deverá ser encaminhada diretamente ao Departamento de Administração de Pessoal – DAP.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do responsável pelo setor.