|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE RETORNO** **AO TRABALHO PRESENCIAL**  |
| Nome: | Matrícula: |
| Cargo: | Lotação: |
| E-mail:  | Telefone Atualizado: |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_venho REQUERER meu retorno ao trabalho na modalidade PRESENCIAL, a contar de \_\_/\_\_/\_\_, nos termos do Art. 15, I, da Resolução TCE/MS n. 210/2024. |
| Local e Data: | Assinatura do Requerente: |
|  |
| Declaro ciência do retorno ao trabalho na modalidade presencial do servidor acima qualificado.  |
| Local e Data: | Assinatura da Chefia: |

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE** |
| O servidor deverá encaminhar este formulário com a ciência do chefe da área para o e-mail teletrabalho@tce.ms.gov.br. |