|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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. |