



INSTITUTO FEDERAL

Mato Grosso

Reitoria

Diretoria Sistêmica de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE PAGAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO

SUBSTITUTO

NOME: _____

CARGO EFETIVO: _____ SIAPE: _____

E-MAIL: _____ TELEFONE: _____

SE FOR OCUPANTE CARGO DE DIREÇÃO OU FUNÇÃO GRATIFICADA - CÓDIGO

FG-1 () FG-2 () FG-3 () FG-4 () FG-5 () FG-6 () FG-7 () FCC ()

CD-1 () CD-2 () CD-3 () CD-4 ()

TITULAR

NOME: _____

CARGO EFETIVO: _____ SIAPE: _____

E-MAIL: _____ TELEFONE: _____

2. REFERÊNCIA

NOME DA FUNÇÃO/CARGO EM COMISSÃO: _____

SETOR: _____ CAMPUS: _____

CÓDIGO – FUNÇÃO GRATIFICADA OU CARGO DE DIREÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

FG-1 () FG-2 () FG-3 () FG-4 () FG-5 () FG-6 () FG-7 () FCC ()

CD-1 () CD-2 () CD-3 () CD-4 ()

PORTARIA DE DESIGNAÇÃO DO SUBSTITUTO Nº: _____

3. PERÍODO E MOTIVO DA SUBSTITUIÇÃO

PERÍODO DA SUBSTITUIÇÃO: de ____/____/____ a ____/____/____

MOTIVO: _____

4. OBSERVAÇÕES

a) Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

b) Em caso de licenças, afastamentos ou impedimentos, incluir cópia de portaria ou outros documentos probatórios da ausência do titular.

c) O processo de requerimento de pagamento de substituição deverá ser enviado após o término da substituição com a portaria do substituto eventual, excetuando-se as substituições acima de 30 dias, que deverão ser encaminhadas mensalmente.

_____, ____ de _____ de _____.
LOCAL E DATA

SERVIDOR(A) - SUBSTITUTO