**Anexo II – Pedido de Reconsideração**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO DE REMOÇÃOEDITAL DA SUGEPE Nº 001/2019 | | | |
| V.25.03.19 | | | |
| **DADOS DO (A) SERVIDOR (A) REQUERENTE** | | | |
| NOME: | | | |
| SIAPE: | CARGO: | | |
| LOTAÇÃO ATUAL: | | | |
| RAMAL: | TELEFONE (CONTATO): | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL: | | | |
| E-MAIL PESSOAL: | | | |
|  | | | |
| **DADOS ADICIONAIS** | | | |
| ÁREA DEMANDANTE DA VAGA: | | | |
| VAGA: | | | |
|  | | | |
| **ESPAÇO DISPONÍVEL PARA A RECONSIDERAÇÃO DO (A) SERVIDOR (A)**  Observações:  1) Preencher este campo manualmente e sem rasuras;  2) Se necessário utilize o verso da folha. | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Data:    /    / | |  | |
|  | | Assinatura do (a) servidor (a) | |
| PROCEDIMENTO:  1- Preencher e assinar o formulário  2- É obrigatório o preenchimento de TODOS os campos.  3- Digitalizar o formulário e enviar para [simp.sugepe@ufabc.edu.br](mailto:simp.sugepe@ufabc.edu.br).  4- O prazo para interposição de pedido de reconsideração é de 2 (dois) dias, a contar da publicação do resultado parcial.  5- Fundamentação legal: Edital da SUGEPE nº 001/2019, item 5, subitem 5.1.2. | | | |
|  | | | |
| **PARA USO DA SUGEPE:** | | | |
| Data de recebimento:    /    / | | |  |
|  | | | Assinatura do (a) recebedor (a) |
| **DECISÃO DO PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO DO RESULTADO PARCIAL DE REMOÇÃO**  **EDITAL DA SUGEPE Nº 001/2019** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. NOME DO (A) DIRIGENTE DA ÁREA: | |
| 2. SIAPE: | |
| 3. CARGO DO (A) DIRIGENTE DA ÁREA: | |
| 4. DEFERIMENTO:  PEDIDO DEFERIDO  PEDIDO INDEFERIDO | |
| 5. NOME DO (A) REQUERENTE: | |
|  | |
| **ESPAÇO DISPONÍVEL PARA COMENTÁRIOS DO (A) DIRIGENTE DA ÁREA.**  Observações:  1) Preencher este campo manualmente e sem rasuras;  2) Se necessário, utilize o verso da folha. | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Data:    /    / |  |
|  | Assinatura do (a) superior imediato |
| Declaro estar ciente da Decisão do Pedido de Reconsideração por mim interposto: | |
| Data:    /    / |  |
|  | Assinatura do (a) servidor (a) requerente |
|  | |
| PROCEDIMENTO:  1- Dirigente: preencher e assinar o formulário e, em seguida, digitalizar e enviar para simp.sugepe@ufabc.edu.br.  2- É obrigatório o preenchimento de TODOS os campos.  3- Fundamentação legal: Edital da SUGEPE nº 001/2019, item 5, subitem 5.1.2. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARA USO DA SUGEPE:** | |
| Data de recebimento:    /    / |  |
|  | Assinatura do (a) recebedor (a) |