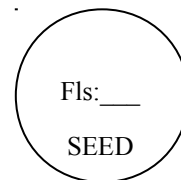




SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL
COORDENAÇÃO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS
AVENIDA AGUA VERDE, 2.140 - CEP 80.240.900
TELEFONE (XX) 41 - 3340 1586



DECLARAÇÃO LICENÇA ESPECIAL

Eu, _____,

RG: _____, em exercício:

- () CENSE
- () UNIDADE PRISIONAL
- () OUTROS LOCAIS

DECLARO estar ciente que, em caso de concessão da licença especial:

1. será revogada a designação da função de Diretor, Diretor Auxiliar e Secretário;
2. a licença refere-se apenas ao cargo efetivo;
3. não há possibilidade de auto substituição;
4. a concessão é feita de acordo com a linha funcional e não pelo local de exercício;
5. não será alterado suprimento de uma para outra linha funcional ;
6. o benefício não será cancelado, após emissão de Portaria, em nenhuma hipótese;
7. a concessão da licença está condicionada aos critérios de conveniência da Administração(Parecer 473/203-PGE);

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) servidor(a)