



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: _____,

com exercício em: () CENSE / () UNID. PRISIONAL / () SAREH / () 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 / linha funcional da solicitação**;
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. **Será suspenso** o pagamento da gratificação **“período noturno”**;
8. **A concessão** da licença está condicionada aos critérios de conveniência da Administração (Parecer 473/2003-PGE).

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) servidor(a)