

MOVIMENTAÇÃO DE COLABORADOR

Dados do Colaborador

Nome do colaborador: _____

Matrícula: _____

Departamento/Setor: _____

Data de admissão: _____

Cargo atual: _____

Salário: R\$ _____

Haverá necessidade de reposição? Sim Não

Tipo de Movimentação

Mudança de setor/departamento

Mudança de cargo

Mudança de horário de trabalho

Alteração na jornada de trabalho

Redução de carga horária

Aumento de carga horária

Mudança de unidade/polo

Outros

Destino do Colaborador

Departamento/Setor: _____

Nova Função: _____

Salário: R\$ _____

Data da Alteração: _____

Novo horário de trabalho: _____ às _____

Posto de Trabalho: _____

QUADRO DE APROVAÇÕES

Parecer do Gestor da Área de Origem:

Assinatura e Carimbo do Gestor Imediato

____/____/____

Parecer do SESMT:

Apto

Inapto

Apto com Restrição

Assinatura e Carimbo do SESMT

____/____/____

Parecer da Diretoria de Recursos Humanos

Assinatura e Carimbo do Diretor de RH

____/____/____

Parecer da Reitoria

Assinatura e Carimbo da Reitoria

____/____/____

Recebido pelo RH em: ____/____/____ Data da Aprovação: ____/____/____

Rev.: 03

Resp.: Gestão de Processos

Emissão: 04/01/2017

Diretoria de Recursos Humanos