

RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

Nome do colaborador: _____

Cargo: _____ Departamento: _____

Matrícula: _____ Data de Admissão: _____

Salário: R\$ _____ Horário de Trabalho: _____

Gestor: _____ Carga Horária: _____

Data do último dia de trabalho: ____/____/____

Vai cumprir aviso prévio? Sim Não

Utiliza vale transporte? Sim Não

Utilizou os convênios? Sim Não

Possui crédito consignado? Sim Não

Possui estabilidade? Sim Não

Somente para docentes:

O docente é Coordenador de curso? Sim Não

Docente apresenta alguma pendência junto ao(s) curso(s)? Sim Não

Docente possui projeto de pesquisa e Iniciação Científica? Sim Não

Docente orienta acadêmicos? Sim Não

Tipo de Rescisão

Pedido de demissão Aposentadoria

Dispensa sem justa causa Falecimento

Dispensa com justa causa Outros - especificar _____

Observação: Direcionar o colaborador para realização do exame médico demissional.

Motivo da Dispensa:

Assinatura e carimbo

____/____/____

Para uso exclusivo da Diretoria e Pró-Reitoria

Parecer da Diretoria de RH:

Assinatura e carimbo

____/____/____

Parecer da Pró-Reitoria Administrativa:

Assinatura e carimbo

____/____/____

Recebido pelo RH em: ____/____/____

Data da Aprovação: ____/____/____