ANEXO II

SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO

Instruções:
Preencha este questionário com informações precisas e verdadeiras sobre sua condição de saúde. Declarações falsas podem resultar em sanções legais e administrativas, conforme detalhado ao final deste documento.

Eu, _____ portador(a) do CPF nº _____, RG nº _____ residente e domiciliado(a) à _____, classificado(a) e em exercício n(o)a _____(nome da Unidade Administrativa) pertencente ao quadro da(o) Secretaria/Órgão_____, venho, por meio deste, declarar para os devidos fins que sou pessoa ou responsável por pessoa com deficiência, conforme definido na Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – LBI).

Caso seja responsável por pessoa com deficiência, informar o vínculo nos termos do § 1° do artigo 1° do Decreto 69.045/2024:

( ) Cônjuge
( ) Companheiro(a)
( ) Filho(a)
( ) Dependente

( ) Ainda, declaro que o outro responsável legal é servidor público e não possui benefício similar. Informar nome completo, nº CPF, cargo e órgão e a unidade de exercício.

1. Modalidade de horário especial solicitada pelo servidor:

( ) I – Redução da jornada de trabalho semanal de: (indicar o quantitativo entre 10% (dez por cento) a 30% (trinta por cento);

( ) II – Prestação de jornada laboral mediante teletrabalho (Decreto nº 62.648/2017), com obrigação de comparecer ao seu órgão ou entidade de lotação, no mínimo, a cada 15 (quinze) dias, para reunião com superiores e cumprimento de eventuais obrigações presenciais)

( ) III - Cumprimento da jornada de trabalho em faixa horária diversa daquelas previstas no § 1° do artigo 3° do Decreto n° 52.054, de 14 de agosto de 2007.

2. Tipo de Deficiência:

Marque a opção que se aplica:

( ) Deficiência Física
( ) Deficiência Auditiva
( ) Deficiência Visual
( ) Deficiência Intelectual
( ) Deficiência Mental/Psicossocial
( ) Deficiência Múltipla

3. Descrição da Deficiência:

Descreva, de forma breve, a natureza da deficiência e, se possível, as limitações funcionais associadas:

_____

_____

_____

4. Descrição das Limitações e Impactos:

a) Limitações na Vida Familiar:

• Descreva as limitações que impactam suas atividades no âmbito:

Familiar e domésticas:_____

_____

_____

Vida Social: _____

_____

_____

Vida profissional: _____

_____

5. Necessidade de Adaptações:

( ) Sim ( )Não

Em caso de resposta positiva especificar as adaptações para o desempenho adequado de suas funções no ambiente Domiciliar, Social e Profissional:

_____

_____

_____

6. Documentação Médica:

Declaro ainda que possuo a documentação médica comprobatória da minha condição de pessoa com deficiência, emitida por profissional de saúde competente, que pode ser apresentada quando solicitada.

7. Declaração de Veracidade e Ciência de Penalidades:

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras e refletem a minha real condição de saúde. Estou ciente de que a omissão ou falsificação de informações pode acarretar punições administrativas e legais, conforme os dispositivos legais abaixo:

• Código Penal Brasileiro – Artigo 299 (Falsidade Ideológica): "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejuízo direito, criar obrigações ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público; e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

• Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de São Paulo – Lei nº 10.261/1968:
“Artigo 257 – São deveres do funcionário: [...] XV – proceder na vida pública e privada na forma que dignifique a função pública.”
“Artigo 256 – A pena de demissão será aplicada nos casos de: I – falta grave; II – acumulação ilegal de cargas, empregos ou funções públicas; III – abandono de carga; transgressão dos incisos IX a XV do artigo 257."

Estou ciente de que a veracidade das informações aqui prestadas poderá ser auditada a qualquer momento pela administração pública.

Este questionário visa garantir a integridade das informações relativas às condições de saúde dos servidores, garantindo que os benefícios e adaptações sejam proporcionados de forma justa e em conformidade com a legislação vigente.

Local: _____

Data: _____/ _____/ _____

Assinatura do Declarante: _____