

Código:

Uso exclusivo
Gestão de Pessoas



NOME: _____

MATRÍCULA: _____ CARGO: _____

JORNADA MENSAL: _____ JORNADA SEMANAL: _____

Nº DA CHEFIA: _____ NOME DA CHEFIA: _____

INSTITUTO: _____

Solicitamos indicar abaixo, a escala semanal de trabalho do(a) funcionário(a) em referência.

1ª Opção: Funcionários com jornada FIXA:

Descrição da escala: _____ Início: _____

DIA DA SEMANA	HORÁRIO ENTRADA	INTERVALO	HORÁRIO SAÍDA	QUANTIDADE DE HORAS/DIA	CÓDIGO HORÁRIO (USO EXCLUSIVO GESTÃO DE PESSOAS)
SEGUNDA					
TERÇA					
QUARTA					
QUINTA					
SEXTA					
SÁBADO					
DOMINGO					
TOTAL SEMANA					

2ª Opção: Caso trabalhe em regime de plantões:

Neste caso, a escala de trabalho deve ser enviada mensalmente ao Setor de Frequência da FFM até o 3º dia útil do mês vigente.

Escala de trabalho 12X36 (Horário): _____

DATA DE INÍCIO 1º DIA ESCALA	HORÁRIO ENTRADA	INTERVALO	HORÁRIO SAÍDA	QUANTIDADE DE HORAS/DIA

3ª Opção: Outro tipo de escala (especificar): _____

Assinatura da chefia titular (com carimbo)