



**CRACHÁ - SOLICITAÇÃO
TERMO DE
RESPONSABILIDADE**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos**

CRACHÁ – SOLICITAÇÃO – TERMO DE RESPONSABILIDADE

MATRICULA: **NOME:**

CARGO EFETIVO: **SIGLA/GRATIF:**

TEL/CEL/RAMAL:

DEPARTAMENTO:

Em respeito a legislação vigente, encontro-me ciente quanto:

Ciente da obrigatoriedade de conhecer a legislação do crachá quanto a sua utilização nas dependências da Administração Direta e Indireta, entre outras informações disponibilizadas no portal do servidor.

A utilização indevida do crachá ou cartão de identidade funcional fora das dependências das Unidades Administrativas sujeitará o servidor as eventuais sanções administrativas, civis ou penais previstas nas legislações.

O responsável pela retirada dos crachás requeridos é qualquer servidor citado na listagem abaixo, não podendo em hipótese alguma ser liberado individualmente.

RELAÇÃO DOS SOLICITANTES E CIÊNCIA		
MATRICULA	NOME	CIÊNCIA (ASSINAR)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Chefe Imediato

PROTOCOLO DA RECURSOS HUMANOS:

DATA DA RETIRADA: ____/____/____	MATRICULA:	RESPONSÁVEL PELA RETIRADA:
--	-------------------	-----------------------------------