**ANEXO IV**

**RELATÓRIO QUADRIMESTRAL TELETRABALHO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do órgão ou entidade**  | **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** |
| **Nome da unidade**  |  |
| **Nome do gestor da unidade**  |  |
| **Cargo ou emprego público**  |  |
| **Número total de servidores ou empregados públicos da unidade**  |  |
| **Número de servidores ou empregados públicos em teletrabalho**  |  |
| **Data de início**  |  |
| **Data prevista para término**  |  |
| **Nome do servidor ou empregado público desligado do teletrabalho**  |  |
| **RG** |  |
| **Cargo / Função** |  |
| **Data** |  |
| **Motivo do desligamento**  |  |
| **Considerações sobre o teletrabalho na unidade** |  |

 Local, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOME) (denominação do cargo)

Chefia Imediata