

REQUERIMENTO DE ELEVAÇÃO DE NÍVEL

	GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE		REQUERIMENTO
DADOS PESSOAS / FUNCIONAIS	NOME: NOME SOCIAL:		MATRÍCULA:
	ENDEREÇO:		TELEFONE:
	ENTRADA EM EXERCÍCIO:		CPF:
	CARGO/FUNÇÃO:		
	UNIDADE DE EXERCÍCIO:		
	MUNICÍPIO:	FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL	
	TEM REQUERER		
ELEVAÇÃO DE NÍVEL, prevista no art. 35 da Lei Estadual nº 5.175, de 06 de abril de 2018, regulamentado pela PORTARIA "N"3/2022. Por ter concluído o curso de: ☐ Ensino Médio ☐ Curso Técnico ☐ Curso de Capacitação acima de 300 horas ☐ Graduação ☐ Especialização ☐ Pós Graduação ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós Doutorado Declaro estar ciente de que a modalidade de elevação de nível por grau de escolaridade compensa financeiramente para o servidor que comprovar a escolaridade além da exigida para o provimento do seu cargo e que este requerimento deferido representa minha opção nos termos previsto no artigo 37 da lei 5.175 de 04 de abril de 2018, ciente de que deixo de receber o adicional de capacitação previsto no art. 59 da referida lei, conforme § 2º, regulamentado pelo Decreto 11.265, de 18 de junho de 2005, a que fiz jus até a publicação do deferimento do presente requerimento. Declaro ainda que atendendo ao que dispõe o artigo 35 da mencionada lei, que o comprovante certificado e/ou diploma que ora apresento, anexado a este requerimento para elevação de nível não deu origem ao adicional de capacitação recebido até a presente data. _____, ____ de _____ de ____ Assinatura e matricula do servidor			