# **TELETRABALHO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | Número Mecanográfico: | |
| Categoria profissional: | | | |
| Entidade Constitutiva: | Departamento /Serviço: | | |
| Requer a prestação de trabalho em regime de teletrabalho, por conseguir exercer a atividade nesse regime e dispor de recursos e meios para o efeito, na condição de (assinalar apenas uma):  Trabalhador vítima de violência doméstica com direito a ser transferido, temporária ou definitivamente, a seu pedido, para outro estabelecimento da empresa (n.º 1 do artigo 195.º do CT)  Trabalhador com filho com idade até 3 anos (n.º 2 do artigo 166.º - A do CT)  Trabalhador com filho com idade até 8 anos (n.º 3 do artigo 166.º - A do CT):  Ambos os progenitores, em períodos sucessivos de igual duração, obrigatoriamente alternados, no período de   /  /     a   /  /    ; outro progenitor: período de   /  /     a   /  /     (Referência máxima de 12 meses)  - Documento de entrega obrigatória: Declaração da entidade patronal do outro progenitor em como este vai exercer a sua a atividade em teletrabalho, indicando os períodos.  Famílias monoparentais  - Documento de entrega obrigatória: Comprovativo do tribunal.  Apenas um dos progenitores  - Documento de entrega obrigatória: Declaração da entidade patronal do outro progenitor em como este não exerce a atividade em teletrabalho.  Trabalhador a quem tenha sido reconhecido o estatuto de cuidador informal não principal, (n.º 4 do artigo 166.º-A do CT). Período máximo de 4 anos seguidos em interpolados.  - Documento de entrega obrigatória: Comprovativo, nos termos da legislação aplicável.  Trabalhador com filho com deficiência, doença crónica ou doença oncológica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação (n.º 2 do artigo 166.º - A do CT)  - Documento de entrega obrigatória: Comprovativo, nos termos da legislação aplicável.  Compatível com funções desempenhadas | | | |
| **Fazendo este pedido, compreendo e declaro:**  Declaro que compreendo que a aprovação deste pedido obriga à realização de exames de saúde no trabalho antes da sua implementação e para que este tenha início. Deste modo, declaro que vou à consulta de saúde ocupacional para a qual seja convocado e realizarei os exames que forem necessários.  Declaro também que compreendo que a manutenção deste pedido obriga à realização de exames anuais para avaliação da aptidão física e psíquica. Deste modo, declaro que irei às consultas de saúde ocupacional para as quais seja convocado e realizarei os exames que forem necessários.  Declaro ainda que me comprometo com todos os parâmetros da Lei n.º 83/2021 de 6 de dezembro, que veio modificar o regime de teletrabalho (artigos 165º e 171º Código do Trabalho), que permite a aprovação deste pedido, incluindo a **presença obrigatória** nas instalações de trabalho pelo menos uma vez a cada 2 meses.  Declaro que me comprometo a comunicar caso ocorram alterações laborais ou familiares às condições em que este pedido for aprovado.  Percentagem ou dias de teletrabalho semanais requeridos: | | | |
| Assinatura do(a) requerente: | | | Data:**/** **/** |
| Parecer do Superior Hierárquico:  Favorável  Desfavorável. Motivo: | | | |
| Assinatura: Data: **/    /** | | | |
| Informação do Serviço de Recursos Humanos: | | | |
| Está em condições de ser deferido  Não está em condições de ser deferido   |  |  | | --- | --- | | O/A técnico/a:  Assinatura: Data:  /  / | O/A dirigente:  Assinatura: Data:  /  / | | | | |
| Autorização do órgão de gestão/órgão de governo:  Autorizo  Não autorizo. Motivo: | | | |
| Assinatura do Administrador / Diretor(a): Data: **/    /** | | | |