

**REQUERIMENTO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE RESCISÕES POR MÚTUO ACORDO NA ADMINISTRAÇÃO LOCAL**

**REQUERENTE (TRABALHADOR/A)**

Nome					
Morada					
Freguesia		Código Postal	-		
Nº BI/Cartão do Cidadão		Nº Contribuinte Fiscal			
Telefone		Telemóvel		Nascido/a	- -
E-mail					
<input type="checkbox"/> Trabalhador/a em funções públicas, pertencendo ao mapa de pessoal da Câmara Municipal da Trofa, com contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, inserido na:					
Designação da Carreira / Categoria					

**PEDIDO**

**Vem, nos termos e para os efeitos da Portaria n.º 209/2014, de 13 de outubro, declarar a sua vontade em aceder ao Programa de Rescisões por Mútuo Acordo na Administração Local e requerer a consequente cessação do seu contrato de trabalho.**

Mais declara que, à data do presente requerimento, não se encontra a aguardar decisão de pedido de aposentação ou reforma antecipada nem se encontra em situação de licença sem remuneração por período igual ou superior a 12 meses.

**PEDE DEFERIMENTO**

Assinatura / Nome completo		Data	-	-
----------------------------	--	------	---	---