

Requerimento para a prestação de trabalho em regime subordinado de Teletrabalho

Exmo. Senhor Presidente
do Conselho de Administração da MMP, E.P.E.

Nome	
N.º de trabalhador	F
Carreira / Categoria	
Serviço	
Superior Hierárquico	

Vem, nos termos previstos nos artigos 165.º a 171.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, na sua atual redação, aplicável aos trabalhadores titulares de vínculo de emprego público por remissão do n.º 1 do artigo 68.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada e publicada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua atual redação, conjugados com o n.º 1 do artigo 5.º da Lei n.º 83/2021, de 6 de dezembro, com a cláusula 15.ª do Acordo Coletivo de Trabalho n.º 1/2009, de 11 de setembro, e com o Regulamento de Prestação de Trabalho em Regime de Teletrabalho da MMP, E.P.E., requerer a V. Exa. que se digne autorizar-lhe a prestação de trabalho no seguinte regime de teletrabalho:

Regime de Teletrabalho ao abrigo do artigo 166.º-A do Código do Trabalho (<i>assinale uma das opções</i>)	
<input type="checkbox"/> Ter filho com idade até 3 anos ou com deficiência, doença crónica ou doença oncológica (n.º 2 do Artigo 166.º-A do CT)	
<input type="checkbox"/> Ter filho com idade entre os 3 e os 8 anos (n.º 3 do Artigo 166.º-A do CT)	
<input type="checkbox"/> Ter o estatuto de cuidador informal, não principal, comprovadamente reconhecido (n.º 5 do Artigo 166.º-A do CT)	
<input type="checkbox"/> Ser vítima de violência doméstica (Artigo 166º-A, n.º 1, do CT)	
Indique o número de dias pretendido em teletrabalho	

Regime de Teletrabalho Parcial (<i>assinale uma das opções</i>)	
<input type="checkbox"/> 1 dia por semana	
<input type="checkbox"/> 2 dias por semana	
<input type="checkbox"/> Outro (<i>a analisar casuisticamente pelo CA</i>): _____ (dias)	

Fundamentação do Requerente (Indicar os motivos que fundamentam o pedido, a justificação da compatibilidade das funções exercidas com a prestação de teletrabalho e/ou outros factos considerados relevantes.):

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Parecer do Superior hierárquico (Ponderando a compatibilidade das funções exercidas pelo trabalhador com o regime de teletrabalho; a adequação das competências do trabalhador para exercer funções no referido regime, designadamente, ao nível da responsabilidade, autonomia, capacidade de gestão e autodisciplina; a inexistência de implicações no normal funcionamento do serviço; a compatibilidade do horário de trabalho; a adequação dos equipamentos informáticos; a inexistência de condicionamentos à deslocação física ou digital de documentos e processos; a viabilidade de monitorização da atividade prestada em teletrabalho e a inexistência de acréscimo de atividade para os trabalhadores que permanecem em regime presencial)

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Comprovativos a anexar:

Ter filho com idade até 3 anos ou independentemente da idade com deficiência, doença crónica ou doença oncológica	Assento de nascimento ou Cartão de Cidadão do descendente (não anexar se já constar no Processo Individual) e / ou comprovativo de doença / deficiência nos termos do n.º 2 do Artigo 166.º-A do CT
Ter filho com idade entre os 3 e os 8 anos	Comprovativo de que o outro progenitor reúne condições para o exercício da atividade em regime de teletrabalho, emitido pela respetiva entidade empregadora e indicação dos períodos sucessivos de igual duração em que cada um dos progenitores pretende estar em teletrabalho, com a concordância prévia dos respetivos superiores hierárquicos do requerente; OU
	Comprovativo de que se trata de Família Monoparental; OU
Ter o estatuto de cuidador informal, não principal, comprovadamente reconhecido	Comprovativo de que o outro progenitor não reúne condições para desempenhar a sua atividade em teletrabalho, emitido pela respetiva entidade empregadora. Comprovativo do Estatuto de Cuidador Informal Não Principal e cópia do cartão de cuidador informal.