



RELAÇÃO DE HORAS DE TRABALHO SUPLEMENTAR

Nome _____

N.º de Trabalhador/a _____ Mês _____ Ano _____

Categoria _____ Serviço _____

Dias	Descrição do Serviço Prestado	Horário		Horas Extraordinárias				Desc. ¹	Subs. Aliment.
		Das	Às	Diurnas		Noturnas			
				1.ª hora	Seguintes	1.ª hora	Seguintes		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
		Totais							

[1] Descanso: Semanal, Complementar, Feriado

TOMA CONHECIMENTO

O Município de Penafiel utiliza os seus dados pessoais para dar resposta aos seus pedidos, para a instrução dos seus processos e a prestação de informação sobre assuntos da autarquia.

Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município de Penafiel consulte a nossa página web em <https://www.cm-penafiel.pt/politica-de-privacidade> ou envie um e-mail para dpo@cm-penafiel.pt

Data ____ / ____ / ____

O/A Trabalhador/a,

INFORMAÇÃO DO SERVIÇO

Confirmo a prestação das horas extraordinárias constantes da presente relação

Data ____ / ____ / ____

O/A Responsável pelo Serviço,

Nota: As relações de horas por trabalho extraordinário deverão ser preenchidos no final de cada mês pelos funcionários de prestação de trabalho extraordinário, sendo posteriormente entregues ao responsável/dirigente de serviço para confirmação e este entrega IMPRETERIVELMENTE ATE AO DIA 3 DO MÊS SEGUINTE, na Divisão de Recursos Humanos