**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DO PAGAMENTO DO**

**ADICIONAL DE INSALUBRIDADE OU RISCO DE VIDA**

**CENTRO:** CEFID/UDESC

Venho requerer o cancelamento do adicional de insalubridade, conforme informações descritas abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| **MATRÍCULA** | **NOME DO REQUERENTE** |
|  |  |
| **OBSERVAÇÃO** |
| Cancelar adicional de insalubridade referente ao local XXX |
| **CANCELAMENTO DESDE QUANDO?** |
| Cancelar adicional de insalubridade a contar de XXX |

**Atenção**: Este requerimento deverá estar assinado pelo servidor interessado e por sua chefia imediata e encaminhado ao RH via SGPE.

Florianópolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.