**FORMULÁRIO PARA ENQUADRAMENTO DE INSALUBRIDADE OU RISCO DE VIDA**

|  |
| --- |
| Nome do Servidor:  |
| Matrícula:  | CPF:  |
| Cargo:  | Função:  |
| Unidade da UDESC:  | Lotação:  | Setor:  |

**OBSERVAÇÃO - No caso de servidores docentes deverão encaminhar, junto ao Formulário, a cópia dos Planos de Ensino.**

**REQUER** o servidor acima descrito, **ANÁLISE QUANTO AO ENQUADRAMENTO DE CONDIÇÃO INSALUBRE OU COM RISCO DE VIDA**, em conformidade com a legislação vigente, pelo desenvolvimento de suas atividades previstas na jornada laboral, conforme a descrição a seguir:

|  |
| --- |
| **JORNADA DE TRABALHO:** |
|  [ ]  20 HORAS  | [ ]  40 HORAS  | [ ]  DEDICAÇÃO EXCLUSIVA  | [ ]  OUTRA qual? |
| **AMBIENTE FÍSICO A SER AVALIADO (Descreva e, se pertinente, anexar foto do local):**   |
| **DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES DO SERVIDOR NO LOCAL A SER AVALIADO:**   |
| **AS ATIVIDADES A QUE JULGA ESTAR EXPOSTO AO (S) AGENTE (S) NOCIVO (S) SÃO REALIZADAS:**[ ]  TODOS OS DIAS EM QUE TRABALHA [ ]  ALGUNS DIAS DA SEMANA[ ]  OCASIONALMENTE [ ]  IMPREVISÍVEL |
| **HORARIOS EM QUE O SERVIDOR JULGA ESTAR EXPOSTO AO (S) AGENTE (S) NOCIVO (S) À SAÚDE:** |
| Dias da Semana | Horários | Carga Horária Total Diária de Exposição |
| Início | Fim | Início | Fim |
| Segunda-feira |   |   |   |   |   |
| Terça-feira |   |   |   |   |   |
| Quarta-feira |   |   |   |   |   |
| Quinta-feira |   |   |   |   |   |
| Sexta-feira |   |   |   |   |   |
| Sábado |   |   |   |   |   |
| Carga Horária **Total Semanal** de Exposição ao Agente Nocivo:  |   |

|  |
| --- |
| **EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) QUE UTILIZA:**  |
| **ATIVIDADES PELAS QUAIS SOLICITA O ADICIONAL, COMO SÃO REALIZADAS E COM QUE FREQUÊNCIA:**   |
| **EQUIPAMENTO, FERRAMENTA OU APARELHO QUE MANUSEIA NO DESENVOLVIMENTO DESTAS ATIVIDADES:**   |
| **A QUAL (IS) AGENTE (S) NOCIVO (S) À SAÚDE O (A) SERVIDOR JULGA ESTAR EXPOSTO (A):**  |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DO SERVIDOR** |
| Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que responderei civil, penal e administrativamente em caso de declarações falsas.  |
| Local e data:  | Assinatura do servidor: |
| **DECLARAÇÃO DAS CHEFIAS**  |
| - Declaro concordância com as atividades pelas quais o servidor solicita o adicional e como ele descreve que as realiza neste formulário:[ ]  **SIM** [ ]  **NÃO**- Declaro concordância com os agentes nocivos à saúde aos quais o servidor julga estar exposto:[ ]  **SIM** [ ]  **NÃO**- Declaro concordância com a carga horária total semanal a qual o servidor julga estar exposto ao agente nocivo à saúde:[ ]  **SIM** [ ]  **NÃO**- Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que responderei civil, penal e administrativamente em caso de declarações falsas. |
| Local e data:  | Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata: |