**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: |