



REQUERIMENTO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE E PERICULOSIDADE

Solicitação Revisão

| | | | |
|----------------------------|--|---------------|--|
| Nome | | | |
| Matricula (obrigatório) | | Cargo | |
| Função | | | |
| Lotação | | | |
| Turno | <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno | Carga horária | |
| Requerimento | <input type="checkbox"/> Insalubridade <input type="checkbox"/> Periculosidade | | |
| E-mail | | | |

INFORMAÇÕES DA FUNÇÃO QUE O SERVIDOR (a) EXERCE:

| | |
|--|--|
| Descrição da atividade exercida e há quanto tempo exerce esta atividade | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Razão do pedido, condições de trabalho que está exposto e considera insalubridade | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de Minha inteira responsabilidade.

Assinatura do Servidor

Confirmo sob penas da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Assinatura e carimbo da Chefia imediata

Data: ____ / ____ / ____.