



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: ____ / ____ / ____.