SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE ---------------**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE

CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC

TELEFONE: (48) 3721---------

E-MAIL: --------------------

DECLARAÇÃO Nº \_\_\_\_\_/ (sigla do deptº) /2017 DATA: / /

Para fins de emissão de Portaria de Concessão de Insalubridade

Declaramos que o/a Professor(a)/servidor(a) -------------------, CPF: --------------------, SIAPE: ---------------------, realiza, desde ---/---/---, as atividades listadas abaixo em ambiente insalubre, por tempo igual ou superior à metade de sua jornada de trabalho, conforme PAAD 2017.1 e 2017.2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOCAL INSALUBRE  (DETALHADO igual ao LAUDO) | CÓDIGO E NOME DA DISCIPLINA / PRÁTICA OU OUTRAS ATIVIDADES EM LOCAL INSALUBRE | HORAS SEMANAIS (igual ao PAAD) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(Inserir essa tabela, detalhando as horas **EFETIVAMENTE TRABALHADAS** em cada local insalubre.)

Sendo assim, solicitamos à Direção do Centro de Ciências da Saúde, a emissão das devidas Portarias de Localização e de Concessão de Insalubridade, e seu encaminhamento ao CPP/DAP para inclusão do adicional na folha de pagamento.

**Nas hipóteses de eliminação ou redução da insalubridade no local de trabalho e/ou cessação, ainda que temporária, do exercício em condições de insalubridade em decorrência da mudança da disciplina lecionada, ou de localização/lotação, comprometemo-nos a solicitar o cancelamento do adicional de insalubridade ou a alteração do percentual recebido à Direção do CCS.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura do Servidor  Nome:  Email:  Celular: |  | Assinatura e carimbo da Chefia Imediata |