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: --------------------

Data: -----/-----/----------

DECLARAÇÃO PARA FINS DE EMISSÃO DE PORTARIA DE CONCESSÃO DE INSALUBRIDADE

Declaramos que o/a Professor(a) ------------------------, CPF: ----------------------, SIAPE: -------------, regime de trabalho de ------ horas, realiza as atividades listadas abaixo, em ambiente insalubre, por tempo igual ou superior à metade de sua jornada de trabalho, conforme PAAD 2019.1 **(alterar conforme o período solicitado)**

PAAD 2019.1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOCAL DE EXERCICIO(Local Insalubre DETALHADO igual ao LAUDO ATUALIZADO) | CÓDIGO E NOME DA DISCIPLINA / PRÁTICA OU OUTRAS ATIVIDADES EM LOCAL INSALUBRE | HORAS SEMANAIS igual ao PAAD  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total de horas em ambiente insalubre:** |  |

Obs.: Detalhar na tabela acima as horas **EFETIVAMENTE TRABALHADAS** em cada local insalubre. Anexar cópia do Laudo atualizado ao pedido. Elaborar separadamente 1 tabela por semestre conforme PAAD.

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 ServidorNome:Email:Celular: |  | Assinatura e carimbo da Chefia Imediata |