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 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.

ÓRGÃO:

LOCAL:

|  |
| --- |
| LOCAL DE EXERCICIO  (Local Insalubre DETALHADO igual ao LAUDO ATUALIZADO) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Obs.: Anexar cópia do Laudo atualizado ao pedido

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 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 |