

**REQUERIMENTO – INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE**

**Dados Básicos do requerente**

1. Nome: _____	
2. Matrícula: _____	3. CPF: _____
3. Cargo: _____	4. Chefia Imediata: _____
5. Telefone: _____	6. E-mail: _____

**Lotação/Posto de Trabalho:** \_\_\_\_\_ **A partir de:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Até:** \_\_\_\_\_

**Breve relato sobre tipo ou natureza do trabalho realizado:**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro que são verdadeiras todas as informações prestadas neste formulário e ainda que assumo inteira responsabilidade pelas mesmas nos termos do artigo 17 da Orientação Normativa, de 18 de março de 2013 da SEGEP/MPOG, da qual tenho ciência. Também declaro estar ciente da Norma Regulamentadora 15, item 15.4, cuja eliminação ou neutralização da insalubridade determinará a cessação do pagamento do adicional respectivo e os valores pagos indevidamente serão descontados.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

\_\_\_\_\_  
**Local e Data**

## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que:

Colaborador:

\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

SIAPE: \_\_\_\_\_

Exerce suas funções no POSTO DE TRABALHO \_\_\_\_\_,  
sob a minha chefia desde o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Estou ciente que qualquer alteração no posto de trabalho e / ou nas atividades desempenhadas deverá ser feito um comunicado formal e imediato para a Divisão de Gestão de Pessoas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Nome e Carimbo da Chefia Imediata**