

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

FICHA DESCRITIVA DE ATIVIDADES LABORATIVAS**DADOS DO SERVIDOR**

NOME		CPF
CARGO FUNCIONAL	FUNÇÃO (Função Gratificada, Chefia, etc)	MATRÍCULA (SIAPE)
TELEFONE:	E-MAIL:	

LOTAÇÃO

NOME DA UNIDADE

ENDEREÇO DO TRABALHO

RUA, AVENIDA, ETC,		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP

SETOR DE TRABALHO

AMBULATÓRIO, ENFERMARIA, SALA, DEPARTAMENTO, ETC	CARGA HORÁRIA
--	---------------

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS, COMO ATRIBUIÇÃO LEGAL DO CARGO

DE FORMA PERMANENTE
DE FORMA EVENTUAL OU ESPORÁDICA

Responsabilizo-me pela veracidade das informações aqui prestadas e declaro ter conhecimento de possíveis sanções administrativas e penais no caso de inserção de dados ou declarações falsas neste documento.

ASSINATURA DO SERVIDOR

Ciente e de acordo com todas as informações prestadas acima.

NOME DO CHEFE IMEDIATO	
ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO	CARIMBO DO CHEFE IMEDIATO
LOCAL	DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO GESTOR DA UNIDADE