

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS**

**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE/ UNIDADE SIASS-UFSC**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE

CEP: 88.040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC

TELEFONE: (048) 3721-6061

E-MAIL: dsst@contato.ufsc.br

**DECLARAÇÃO**

**PARA FINS DE EMISSÃO DE LAUDO INDIVIDUAL DE INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE**

|  |
| --- |
| Unidade:  |
| Departamento:  |
| Setor/laboratório:  |
| Função Gratificada ou Cargo de Direção:  |
| Nome:  | SIAPE:  |
| Cargo:  | Jornada de trabalho:  |
| *Este campo deve ser preenchido:*1. *Descrição básica das atividades por local de trabalho informando os principais riscos envolvidos.*
2. *Declarar se o servidor realiza ou não,* atividades insalubres (com exposição habitual aos riscos físicos/químicos e/ou biológicos) por tempo igual ou superior a metade da jornada de trabalho mensal.

 OBS: Este formulário, deverá ser preenchido, assinado e encaminhado a DSST/DAS/SEGESP. |

Data: \_\_\_/\_\_\_­­­/2017.

Assinatura do servidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da chefia imediata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do diretor da unidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_