|  |  |
| --- | --- |
| SERVIDORA: | |
| SIAPE: | CARGO: |
| LOTAÇÃO: | RAMAL: |
| ENDEREÇO: | |
| BAIRRO: | CIDADE: |
| ESTADO: | CEP: |
| TELEFONE | CELULAR |
| E-MAIL: | |
| **À Direção do Departamento de Qualidade de Vida**  Venho requerer o afastamento do local insalubre no qual exerço minhas atividades atualmente, por motivo de gestação/lactação, conforme previsto no parágrafo único do Art. 69 da Lei 8.112/90: “A servidora gestante ou lactante será afastada, enquanto durar a gestação e a lactação, das operações e locais previstos neste artigo, exercendo suas atividades em local salubre e em serviço não penoso e não perigoso”. | |
| Observação:  1. Anexar laudo médico original e sem rasuras que conste a semana gestacional (caso gestação) ou laudo médico informando sobre período de lactação.  2. Ao retornar as atividades, após cessado o período da gestação e lactação, a servidora somente voltará a perceber o adicional de insalubridade se reassumidas as mesmas atividades e condições que ensejarem o pagamento do referido adicional, conforme disposto na legislação que rege a matéria (Nota Informativa Nº 167/2012/CGNOR/DENOP/SEGEP/MP). Devendo, para tanto, solicitar uma nova avaliação de insalubridade, através de processo endereçado a CSS/DQV.  **( ) Estou ciente de que a declaração falsa constitui falta grave, devendo comunicar formalmente ao Departamento de Qualidade de Vida qualquer alteração relacionada ao pleito.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e data Assinatura da servidora/Requerente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e data Assinatura da Chefia Imediata  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data do Recebimento Assinatura DQV | |