|  |
| --- |
| 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 |