|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uma imagem contendo Diagrama  Descrição gerada automaticamenteINSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA**  **DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS** | | |
| **FORMULÁRIO PADRÃO PARA REQUERIMENTO DE REIMPLANTAÇÃO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS** | | |
| Nome: | SIAPE: | |
| Cargo: | CPF: | |
| Função Gratificada/Cargo de Direção/FCC: ( ) sim (   ) não | Função: | Telefone: |
| Lotação (Campus): | Setor: | |
| E-mail institucional: | | |
| (      ) Insalubridade    (      ) Periculosidade     (      ) Irradiação Ionizante    (      ) Gratificação por trabalhos com raio X | | |
| Jornada de Trabalho Semanal: (    ) 20 Horas (    ) 30 Horas (    ) 40 Horas | | |

**1. Detalhamento da Carga Horária Semanal do(s) ambiente(s)/setor(es) de risco:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ambiente(s)/Setor(es) pelo qual requer o benefício | Resumo das atividades desempenhadas no setor | Horas/semana que permanece em cada ambiente/setor |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Total em horas/semana que permanece exposto aos agentes de risco: | | |

**2. Atendimento ao disposto na Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/DAAOC/REITORIA/IFPB e suas alterações:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apresenta condição ou fator de risco conforme inciso XV, da Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/DAAOC/REITORIA/IFPB, de 01/10/2021 e suas alterações? | Sim  (               ) | Não  (               ) |

**3. Em caso de resposta “sim”, no item anterior, o (a) interessado (a) deverá assinalar a Autodeclaração a seguir:**  
( ) Declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Resolução AR nº 81/2021 - CONSUPER/IFPB e suas alterações e ao disposto na Nota Técnica nº 32/2021 – DGEP/REITORIA/IFPB, que completei o ciclo vacinal de imunização contra a COVID-19, já transcorridos mais de trinta dias da completa imunização e que minha(s) comorbidade(s) apresenta(m)-se controlada(s) e estável(is) e/ou que, mesmo diante da minha condição/fator, considero-me apto ao retorno às atividades presenciais.

Declaro que são verdadeiras as informações prestadas neste formulário e ainda assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, sob pena de incidência no artigo 17 da Orientação Normativa nº 04/2017/SEGEP/MPDG, da qual tenho ciência, bem como no art. 299 do Código Penal Brasileiro, combinado com o artigo 121, Capítulo IV, da Lei nº 8.112, de 11/12/90.

Declaro ciência que a mudança de setor ou a designação para ocupação de Função Gratificada - FG, Função Comissionada de Coordenador de Curso – FCC ou nomeação para exercer Cargo de Direção – CD, causará a descontinuidade do pagamento do respectivo adicional ocupacional, devendo abrir novo requerimento para análise.

Declaro ciência que devo comunicar formalmente à Unidade de Gestão de Pessoas quaisquer alterações acerca das condições ensejadoras da percepção do adicional ocupacional.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) requerente

Matrícula SIAPE:

Ratifico as informações prestadas neste formulário e sou favorável à solicitação do servidor, declarando que as atividades desenvolvidas pelo servidor (a) requerente não são enquadradas como atividades com exposição eventual ou esporádica, nos termos da Orientação Normativa nº 4/2017/MPDG.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chefia Imediata

Matrícula SIAPE:

De acordo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diretor-Geral ou Diretor Sistêmico  
Matrícula SIAPE: