

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE

CEP: 88.040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC

TELEFONE: (048) 3721-9321

E-MAIL: direção.ccb@contato.ufsc.br

**DECLARAÇÃO**

|  |
| --- |
| Unidade: Centro de Ciências Biológicas |
| Departamento: ***(informar o departamento de lotação)*** |
| Setor/laboratório: ***(informar o laboratório de localização, com nome exato ao constante no laudo pericial)*** |
| Função Gratificada ou Cargo de Direção: ***(caso não receba FG ou CD preencher com “não se aplica”). No caso de recebimento da FG/CD deve ser solicitado Laudo individual.*** |
| Nome:  | SIAPE:  | CPF: |
| Cargo:  | Jornada de trabalho:  |
| *Este campo deve ser preenchido:*1. *Descrição básica das atividades por local de trabalho informando os riscos envolvidos* ***(conforme consta no laudo pericial)****:*
2. *Declaro para os devidos fins de concessão de adicional de insalubridade que realizo atividades com exposição habitual, por tempo* ***igual OU superior (escolher)*** *a metade da minha jornada de trabalho mensal aos riscos............................................................* ***(completar com: físicos/químicos/biológicos de acordo com o laudo pericial)****, no seguinte ambiente:.....................................................................................****(informar o laboratório de atuação, com nome exato ao constante no laudo pericial),*** conforme PAAD 2019.02 ***(docentes: completar ano e semestre*)** **ou horas semanais (*STAEs: completar ano e semestre*):**

|  |
| --- |
| **PAAD 202X.0X:** ***(docentes: completar ano e semestre*) Horas semanais: (*STAEs: completar ano e semestre*)** |
| Local de exercício (Local insalubre detalhado conforme laudo atualizado) | Código e nome da disciplina/prática ou outras atividades em local insalubre | Horas semanais (conforme PAAD/horas semanais)\* |
| **Ambiente 1:** **Exemplo: Laboratório XXX – XXX/CCB** | **Exemplo:** **Ensino: Disciplina XXX****Extensão: Participação no projeto XXX (nº 2019XXX)****Pesquisa: Avaliação XXX (nº 2019XXX).****COLOCAR O NOME COMPLETO DO PROJETO, NÃO APENAS O NÚMERO.** | **Exemplo: XX (deverá ser igual ou superior à metade da jornada mensal de trabalho para que haja concessão do adicional)** **Colocar a carga horária para cada projeto ou disciplina.** |
| **Ambiente 2: (se houver)** |  |  |

 \* Detalhar na tabela acima as **horas efetivamente trabalhadas** em cada local insalubre. Elaborar uma (01) tabela por semestre, conforme PAAD (docente) ou horas semanais (STAEs). |

Data: \_\_\_/\_\_\_­­­/\_\_\_
Assinatura do servidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura e carimbo da chefia imediata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura e carimbo do diretor da unidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_