**ANEXO I**

|  |
| --- |
| SERVIÇO DE BEM ESTAR À COMUNIDADE – SEBECDIVISÃO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SESMTINSTRUÇÃO DE SERVIÇO SEBEC Nº 01/2023 |

**SOLICITAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE SERVIDORES EM READAPTAÇÃO FUNCIONAL**

**1 – Identificação do Servidor**

Chapa: Insira a chapa. RG: Insira o RG.

Nome: Insira o nome completo.

Função Exercida: Inserir função exercida.

Categoria Funcional: [ ]  Efetivo [ ]  Cargo em Comissão

Recebe alguma gratificação: [ ]  Insalubridade [ ]  Periculosidade [ ]  GS

[ ]  Outras: Outra gratificação.

Idade: 00. Sexo: Escolher um item. Telefone: Com DDD.

E-mail: Insira o e-mail.

Endereço: Insira o endereço residencial completo.

Município: Insira o Município. Estado: Em sigla. CEP: Insira o CEP.

**2 – Identificação do Órgão**

Unidade: Inserir a unidade.

Sub Unidade: Inserir a sub unidade.

Chefia Imediata: Inserir o nome da Chefia. Ramal: Inserir o ramal.

Horário de trabalho: Inserir o horário.

**3 – Atividades Atuais Desenvolvidas Pelo Servidor**

Inserir as atividades atuais desenvolvidas pelo servidor.

**4 – Atividades Que Poderão Ser Desenvolvidas Pelo Servidor (considerando as limitações sugeridas pela perícia médica)**

Inserir as atividades que poderão ser desenvolvidas pelo servidor.

Declaro estar ciente das informações acima descritas na presente solicitação e estou de acordo com o acompanhamento do SEBEC conforme Resolução CA nº 102/2014.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Servidor

\_\_\_\_\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Chefia Imediata Titular da Unidade