



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ADICIONAL

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES

DOCENTE



Selecione uma das opções abaixo. Solicitação de Concessão de:

- ADICIONAL DE INSALUBRIDADE ADICIONAL DE PERICULOSIDADE
 ADICIONAL DE IRRADIAÇÃO IONIZANTE GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

Nome Completo:

Cargo:

Matrícula SIAPE:

2. ESTRATIFICAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO

Conforme os Planos de Ensino do SEMESTRE ATUAL, cujas cópias deverão fazer parte desta solicitação, bem como seu Plano Individual de Trabalho (PIT), preencha o quadro abaixo, informando os dias nos quais ocorrerão as aulas práticas, bem como a carga horária das referidas aulas práticas em ambiente avaliado como Insalubre ou Perigoso, para emissão do Laudo Técnico Ambiental de seu Campus:

Semestre: ____ / ____

Disciplina	CH Semestral		CH Total / Semestre	Datas das Aulas <u>Somente Práticas</u> (Todas do Semestre por Disciplina)	CH Semanal		CH Total / Semana	Local da Aula Prática
	T	P			T	P		
Ex. Avicultura	20	20	40	Exemplo: (Semestre 2015/01) 09/02, 23/02, 02/03, 09/03, 16/03, 23/03, 30/03, 06/04, 13/04, 20/04, 27/04, 04/05, 11/05, 18/05, 25/05, 01/06, 08/06, 15/06, 22/06, 29/06	02	02	04	Aviário

Legenda: CH = Carga Horária / T = Aulas Teóricas / P = Aulas Práticas



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ADICIONAL

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES

DOCENTE



Agora, informe no quadro abaixo, o resumo das atividades docentes que você executa semanalmente, quantificando a carga horária total, conforme sua jornada de trabalho semanal e conforme informado em seu Plano de Ensino e Plano de Atividade Docente:

Quadro Resumo das Atividades do Docente		
ATIVIDADES	HORAS	LOCAL
Preparação / Planejamento das Aulas		
Atendimento Extra Classe ao Aluno		
Atividades de ENSINO (Aulas Teóricas)		
Atividades de ENSINO (Aulas Práticas)		
Atividades de PESQUISA		
Atividades de EXTENSÃO		
Atividades de ADMINISTRAÇÃO		
Outras atividades*		
TOTAL de Horas da Jornada Semanal Trabalho		

*Detalhar "Outras Atividades": _____

3. DESCRIÇÃO SUCINTA APENAS DAS ATIVIDADES INSALUBRES / PERIGOSAS / ENVOLVENDO FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE / TRABALHOS COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

DECLARAÇÃO

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas acima e declaro estar ciente das penalidades cabíveis (previstas no art. 299 do Código Penal) nos casos de inserção de declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita neste formulário, com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade. Declaro estar ciente de que as informações contidas neste formulário são passíveis de verificação. Declaro estar ciente de que este formulário não é, por si só, instrumento de concessão de adicional ou de gratificação ocupacional. Declaro ter ciência de que na hipótese de remoção para outro local de trabalho ou quando cessado os riscos nocivos à saúde haverá suspensão do adicional ou

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ADICIONAL****DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES****DOCENTE**

gratificação percebida, conforme regulamentado pela legislação pertinente. Declaro, por fim, que tenho ciência que, no caso de servidora, há obrigatoriedade de comunicação de início de gestação ao Setor de Saúde e Segurança do Servidor (SESSS).

Servidor (Assinatura)	Data
	___/___/___

4. PARECER DO SUPERIOR HIERÁRQUICO (CHEFE IMEDIATO)

Declaro que li e que estou ciente das informações prestadas pelo servidor acima especificado. Declaro estar ciente de que é de minha responsabilidade informar à Diretoria de Gestão de Pessoas qualquer alteração dos riscos aos quais o servidor acima identificado estiver exposto, de acordo com o artigo 16 da Orientação Normativa n.º 04 do MPOG/SEGEP, de 14 de fevereiro de 2017.

Chefia Imediata (Assinatura)	Carimbo	Data
		___/___/___

Assinatura do(a) **Chefe Imediato(a)** :

Chefia Imediata (Assinatura)	Carimbo	Data
		___/___/___

Assinatura do(a) **Dirigente de Ensino da Unidade**:

Dirigente Geral da Unidade (Assinatura)	Carimbo	Data
		___/___/___



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ADICIONAL

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES

DOCENTE



Assinatura do(a) **Dirigente da Unidade**:

Dirigente Geral da Unidade (Assinatura)	Carimbo	Data
		____/____/____

ORIENTAÇÃO NORMATIVA N°04 DE 14/02/17 – MPOG/SRH.

Art.16. É responsabilidade do **gestor da unidade administrativa** informar à área de recursos humanos quando houver alteração dos riscos, que providenciará a adequação do valor do adicional, mediante elaboração de novo laudo.

Art.17. Respondem nas esferas administrativa, civil, penal, os **peritos e dirigentes** que concederem ou autorizarem o pagamento dos adicionais em desacordo com a legislação vigente.

Art.18. Os **dirigentes** dos órgãos da Administração federal Direta, das autarquias e suas fundações, promoverão as medidas necessárias à redução ou eliminação dos riscos, bem como a proteção contra os respectivos efeitos.