REQUERIMENTO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE / PERICULOSIDADE

***ITENS OBRIGATÓRIOS**

REQUERENTE		
Nome*		Matrícula*
RG*	Órgão Exp.*	CPF*
Cargo*	Secretaria*	
Lotação*		Telefone*

MOTIVO DO REQUERIMENTO*

☐ Adicional de Insalubridade ☐ Adicional de Periculosidade

JUSTIFICATIVA PARA O REQUERIMENTO*

Senhor (a) Secretário (a), venho REQUERER a concessão do pagamento do adicional acima especificado, nos termos Art. 39, § 3.º, c.c. Art. 7.º, inciso XXIII, ambos da Constituição Federal de 1988, além do estabelecido na Lei nº 6.514/77 e na Portaria nº 3.214/78, que determina as normas regulamentares (N.T) e em conformidade com o Art. 70 e Art. 70-A da Lei 8.798/2016 que altera o Art. 70 da Lei 1.752/90.

Esclareço que, no exercício de minhas funções, executo as seguintes atividades: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Para que seja apurado o Grau de Insalubridade/Periculosidade, solicito a perícia do meu ambiente de trabalho para que caracterize e classifique as condições do serviço e do ambiente de trabalho, colocando-me à disposição para as perícias necessárias, bem como prestar maiores informações.

Nestes Termos, Pede Deferimento.

DATA E ASSINATURAS

Rondonópolis/MT,_____de_____de 20_____.

_____ _____

Assinatura do (a) Servidor(a)* Assinatura e carimbo da Chefia*