|  |  |
| --- | --- |
| logo_unioeste  **PRORH - Pró-reitoria de Recursos Humanos**  **SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho** | Protocolo nº |

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE ADICIONAL - DOCENTE**  **( ) INSALUBRIDADE ( ) PERICULOSIDADE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO SERVIDOR** | |
| Nome: | |
| Lotação: | Telefone para contato: |
| Declaro, sob as penas da Lei, que as informações prestadas neste requerimento são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Requerente  Cascavel, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO LOCAL DE TRABALHO** | |
| Campus: | Centro: |

|  |
| --- |
| **Jornada de Trabalho Semanal:** \_\_\_\_\_\_horas/semanais  **Período(s) de Trabalho:** ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno  **Plantão Docente:** \_\_\_\_\_\_horas/mensais |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATIVIDADES E LOCAIS** (anexar PIAD) | | |
| LOCAL | MOTIVO(1) | HORAS/SEMANA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Somatório da carga horária de trabalho (Coincidir com o RT: 20 ou 40h/semanais):** | |  |

(1)aula prática – aula teórica – orientação – monitoria – reunião – apoio didático – cargo – projeto pesq./ext. – outros.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROJETOS** | | |
| NOME | LOCAL DAS ATIVIDADES | TIPO DO PROJ. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Observação:** Não é necessário anexar todo o projeto, mas sim, anexar metodologia (atividades, produtos utilizados, equipamentos e locais) e cronograma das atividades.

|  |  |
| --- | --- |
| **PLANTÃO DOCENTE** | |
| Local: | Horas/Semana: |
| Atividades Desenvolvidas: | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |
| --- |
| **DEMAIS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA CHEFIA IMEDIATA** | |
| Nome: | Função: |
| Lotação: | |
| **Observação:** A Chefia Imediata deve analisar a ficha preenchida pelo Docente, confirmando com o descrito, nos campos correspondentes.  Fica responsável a chefia de informar o SESMT (ramal 12 - 5237), sobre a mudança de setor de trabalho, bem como possíveis alterações nas atividades descritas.  Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata**  **Diretor de Centro ou Coordenação de Curso**  Cascavel, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | |

**\*Após o preenchimento da presente solicitação (frente e verso), protocolar juntamente ao RH de sua lotação para posterior encaminhamento ao SESMT/UNIOESTE para análise e enquadramento frente a legislação vigente.**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARECER DO SESMT PARECER DIPR** | |
|  |  |