# SOLICITAÇÃO PARA CONCESSÃO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE

Ilmo. Sr. Secretário de Estado da Saúde

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, R.G.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RS/PV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em

exercício no COORDENADORIA DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Secretaria de Estado da Saúde desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, à vista das atividades exercidas, conforme Rol de Atividades anexo, solicito a Concessão do Adicional de Insalubridade.

São Paulo,

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cargo

À Seção de Pessoal para as providências cabíveis

/ /



MUDANÇA DE FUNÇÃO E/OU CARGO PEDIDO DE REVISÃO DE GRAU DE INSALUBRIDADE

MUDANÇA DE UNIDADE

**CONCESSÃO DE ADICIONAL INSALUBRIDADE**

MUDANÇA DE SERVIÇO, SETOR OU SEÇÃO

INICIAL

**Informações do Órgão Subsetorial**



**ANEXOS**

ROL DE ATIVIDADES

CÓPIA DO HOLERITE/FICHA CADASTRAL LAUDO DE INSALUBRIDADE

DECLARAÇÃO DE CARGA HORÁRIA EXERCIDA NO SETOR OU NA FUNÇÃO

(data) (assinatura e carimbo do responsável pelo Órgão Setorial)