**Ficha de Descrição de Atividades Laborais – Universidade Federal da Grande Dourados**

***Instruções****: preencha os dados abaixo para solicitar avaliação ou reavaliação para recebimento de adicional.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nome do servidor: | 2. Matrícula SIAPE: |
| 3. Setor(es) de trabalho: |
| 4. Escala de trabalho. Preencha o quadro com os horários e setores de trabalho.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Setor de trabalho | Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
| (preencha o setor) | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* |
| (preencha o setor) | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* |
| (preencha o setor) | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* | *(preencha o horário de trabalho)* |

 |
| 5. Descrição de atividades. Descreva suas atividades conforme a frequência de realização |
| Atividades que realiza **rotineiramente** em um dia normal de trabalho:  |
| Atividades que realiza com **menor frequência** (algumas vezes na semana ou no mês): |
| 6. Faz a manipulação de produtos químicos?  | ( ) Não( ) Sim **(se sim, preencher item 6.)** |
| 7. Lista de produtos químicos conforme frequência de exposição |
| Produtos que manipula **TODOS OS DIAS, SEM EXCEÇÃO**: |
| Produtos que não manipula todos os dias, mas que manipula **TODAS AS SEMANAS, SEM EXCEÇÃO**: |
| Produtos que não manipula todas as semanas, mas que manipula **TODOS OS MESES, SEM EXCEÇÃO**: |
| Produtos que manipula apenas em **ALGUNS MESES ESPECÍFICOS DO ANO**: |
| 8. Possui cargo de chefia ou direção? | ( ) Não( ) Sim |
| 9. Equipamento de proteção individual (EPI) recebido para o trabalho: |
| **EPI** | **Nº Certificado de Aprovação (CA)** |
| 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - | 1 - 2 -3 -4 - 5 -6 - |
| Data: |
| **Por ser verdade as informações prestadas, assinam este documento o servidor requisitante e sua chefia imediata que confirma as informações prestadas pelo servidor.** |
| Assinatura do servidor: |  |
| Nome da chefia: |  |
| Assinatura da chefia: |  |

*Obs.: as informações desta ficha serão verificadas durante as visitas periciais.*