

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS

FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS

Quadra 405 Sul, AV. LO-09 Lote 11 - Centro – CEP 77.015-611

Telefone:(63) 3212-7164/E-mail: frequencia.fesp@gmail.com

|  |
| --- |
| **ANEXO II – TERMO DE SOLICITAÇÃO PARA TRABALHO REMOTO** |
| NOME DO(A) SERVIDOR(A) |
| CARGO/FUNÇÃO: | MATRÍCULA: |
| LOTAÇÃO (Unidade e Setor): |
| Solicito parecer quanto ao trabalho remoto, com base na Instrução Normativa nº 002/2020 e nos documentos anexos (**Atestado Médico/Laudo Médico/Termo de Isolamento**), em razão de: |
| 1. ( ) Agente Público com sessenta anos ou mais;
2. ( ) Agente Público imunodeficiente ou com doenças preexistentes crônicas ou graves;
3. ( ) Agente Público responsável pelo cuidado de uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19, desde que haja coabitação;
4. ( ) Agente Público gestante ou lactante;
5. ( ) Agente Público que possui filho(s) em idade escolar ou inferior e que necessitem da assistência de um dos pais, enquanto vigorar norma local que suspenda as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior relacionadas ao coronavírus (COVID-19).
6. ( ) Agente Público que tenha mantido contato com caso confirmado.
7. ( ) Agente Público que estiver com sintomas gripais, mas não testou positivo.
 |
| **Dados do cônjuge** | **Dados do(a) filho(a)** |
| Nome: | Nome: |
| CPF: | Idade: |
| Empregado: ( ) Sim ( ) Não | Escola: ( ) Pública ( ) Privada |

# Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

Palmas-TO, de de .

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor/Bolsista

..................................................................................................................................................................................................................

( ) Favorável ( ) Desfavorável

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Chefe Imediato Responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Recursos Humanos da FESP ou da Coordenação do PET/Palmas

..................................................................................................................................................................................................................

 ( ) Favorável ( ) Desfavorável

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da Presidente da

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas