

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