

Cadastramento para recurso sobre corte de insalubridade

DADOS PARA CADASTRO		
NOME COMPLETO:		
RS:	SEXO: () MASCULINO () FEMININO	
DATA DE NASCIMENTO:	RG:	UF:
TELEFONE RESIDENCIAL: () _____-_____		TELEFONE CELULAR: () _____-_____
OUTROS CONTATOS:		
E-MAIL:		
UNIDADE ONDE TRABALHA:		
DUPLO VINCULO? () SIM () NÃO		
UNIDADE DE LOTAÇÃO:		
CARGO:	DATA DE ENTRADA NO ESTADO:	
SETOR ONDE TRABALHA:		
APOSENTADO: () SIM () NÃO	DATA DA APOSENTADORIA:	
RECEBE INSALUBRIDADE: () SIM () NÃO	GRAU DE RECEBIMENTO: () 40% () 20% () 10%	
SÓCIO DO SINDICATO: () SIM () NÃO	DATA DE FILIAÇÃO	

IMPORTANTE:

Anexar o demonstrativo de pagamento (holerite)

Anexar a publicação do Diário Oficial de convocação para reavaliação do adicional de insalubridade, por favor, grifar/destacar onde está o seu nome;

No verso deste documento, escreva um breve relato de sua situação, em especial, em caso como aposentadoria, duplo vínculo ou vínculo com autarquias (Iamspe, Sucen, HC's etc.)

Descreva também o rol de atividades no verso deste documento.

Local: _____, _____ de _____ de 202____

Assinatura