**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – TRABALHO REMOTO**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Matrícula: |
| E-mail Funcional e/ou pessoal: |
| Celular: ( ) |
| Cargo: |
| Unidade de Lotação: |
| Endereço Trabalho Remoto: |
| E-mail Funcional e/ou pessoal: |
| Celular: |
| Aplicativo de comunicação utilizado no celular: |
| Possui outros meios de comunicação ( ) Não  ( ) Sim. Quais ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Declaro enquadrar no disposto do Art.8º, Inciso I, Alínea:

a) idoso na acepção legal do termo, por contar com idade igual ou superior a 60 anos ( );

b) gestante ( ) ou lactante ( );

c) mantenho sob minha guarda criança menor de um ano - Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( );

d) Portador de: doenças respiratórias crônicas ( ), cardiopatia ( ), diabetes ( ), hipertensão ( ), outras afecções que deprimam o sistema imunológico

( ) Declaro ter ciência e estar de acordo com os termos estabelecidos no referido Decreto comprometendo-me a cumprir todas as disposições citadas nesta Instrução Normativa, estando ainda ciente de que o seu descumprimento implicará em desligamento automático do regime do trabalho remoto por parte da SEFAZ.

Palmas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_ .

*Assinatura Eletrônica*

Servidor