**PROPOSTA DE READAPTAÇÃO**

*Este formulário deverá ser preenchido, em avaliação conjunta, pela chefia responsável pelas novas atividades e pelo(a) servidor(a) participante do Programa RENOVA*.

**I – Dados atuais do(a) servidor(a)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | Nº USP: |
| Data de nascimento: | Contato: |
| Setor: | |
| Função: | |
| Chefia imediata: | E-mail: |
| Telefone: |

**II – Proposta de readaptação**

*Baseada nas recomendações finais, como indicadas pelo SESMT na avaliação médico-ocupacional*.

Qual a função proposta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servidor(a) permanecerá no mesmo local de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual o local proposto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chefia responsável pelas novas atividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Descrição das atividades a serem realizadas (detalhar o fluxo e a frequência)**

|  |  |
| --- | --- |
| Atividades específicas a serem desenvolvidas pelo servidor(a) (não copiar o PCF) | Periodicidade / frequência (diária, semanal, quinzenal etc.) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Servidor(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chefia responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Assinatura

Dirigente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Local e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_