



TERMO DE ADESÃO

Eu, _____ Nº USP _____

Unidade/Órgão _____ Setor _____

Função atual _____

Contato (E-mail/Telefone) _____

Estou ciente de que o Programa Institucional RENOVA visa atender exclusivamente os(as) servidores(as) técnico-administrativos(as) que, em virtude de restrições médicas, apresentam incapacidade laboral, sem previsão de recuperação, para o desempenho da função atual, de acordo com a avaliação do médico do trabalho.

Compreendo que o objetivo do programa se limita ao acompanhamento do processo de readaptação em uma nova função, durante o período de 06 (seis) meses, oferecendo orientação e avaliação das novas condições de trabalho, em complementação ao acompanhamento médico previsto para as readaptações funcionais.

Declaro, outrossim, conforme instruções detalhadas fornecidas durante a pré-inscrição, ter conhecimento de que a readaptação ocorrerá de acordo com as oportunidades definidas pela Unidade/Órgão a qual estou vinculado(a) e que a alteração da minha função atual estará necessariamente condicionada às disposições da Resolução USP n.º 7.217/2016, alterada pela Resolução n.º 7.821/2019, bem como aos procedimentos adequados à hipótese de alteração de função aplicável ao meu caso, em conformidade com o *status* que minha função ocupa no Plano de Classificação de Funções – PCF.

_____, ____ de _____ de 20____.

(Local)