# DECLARAÇÃO DO SERVIDOR
(servidores submetidos ao regime de teletrabalho)

| 1 - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | |
|---|---|---|
| NOME | | CÓD.FUNC. |
| CARGO/FUNÇÃO | | VÍNCULO JURÍDICO:<br>☐ ESTATUTÁRIO ☐ CLT<br>☐ CARGO EM COMISSÃO |
| ENDEREÇO | | TELEFONE |
| BAIRRO | CEP | CIDADE |

| 2 – DECLARAÇÃO DO SERVIDOR |
|---|
| DECLARO QUE ESTOU INCLUIDO EM UMA DAS SEGUINTES HIPÓTESES DE SUBMISSÃO AO REGIME DE TELETRABALHO: |
| ☐ POR SER COMPATÍVEL COM MINHA FUNÇÃO; (Art. 5º, Inc. I, Decreto 36753, de 20 de março de 2020). |
| ☐ REGRESSEI DO EXTERIOR, ADVINDO DA ÁREA NÃO ENDÊMICA NO DIA ____/____/____ SEM APRESENTAÇÃO DE SINTOMAS COMPATÍVEIS COMO QUADRO DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS; |
| ☐ REGRESSEI DO EXTERIOR NO DIA ____/____/____ ADVINDO DE REGIÃO CONSIDERADA, SEGUNDO AS AUTORIDADES DE SAÚDE E SANITÁRIA ENDÊMICAS PELA INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS; |
| ☐ ACOMETIDO DE SINTOMAS COMPATÍVEIS COM O QUADRO DE INFECÇÃO PELO CONAVÍRUS CONFORME ORIENTAÇÃO DAS AUTORIDADES DE SAÚDE E SANITÁRIA. |
| ☐ SERVIDORA GESTANTE OU LACTANTE. |
| ☐ TENHO MAIS DE 60 ANOS. |
| ☐ POR SER PORTADOR(A) DE DOENÇA DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE SINTOMAS MAIS GRAVES DECORRENTES DA INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS, NOS TERMOS DEFINIDOS PELAS AUTORIDADES DE SAÚDE E SANITÁRIA, QUAIS SEJAM:<br>☐ CARDIOPATIA MODERADA A GRAVE.<br>☐ DIABETES EM TRATAMENTO.<br>☐ DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS.<br>☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA.<br>☐ HIPERTENSO EM TRATAMENTO.<br>☐ QUALQUER CONDIÇÃO QUE LEVE A IMUNODEPRESSÃO.<br>☐ TRATAMENTO ONCOLÓGICO<br>☐ TRANSPLANTADOS. |

| 3 – ASSINATURA SERVIDOR |
|---|
| Guarulhos, ____/____/____. |
| _____<br>ASSINATURA DO SERVIDOR |

**PORTARIA Nº 680/2020-GP, de 25 de março de 2020. Republicada no Diário Oficial de 26/03/2020.**
Art. 9º Poderá ser exigida, a qualquer tempo, a comprovação das declarações prestadas pelo servidor submetido ao regime de teletrabalho.