**Ficha de Avaliação Prévia e Capacitação de Profissionais de Serviços Complementares – Covid 19**

PREENCHIMENTO PELA CHEFIA DO SERVIÇO COMPLEMENTAR

|  |
| --- |
| Solicito a avaliação médica e capacitação de biossegurança do funcionário. |
| Nome: | SIAPE: | Cargo: | Unidade/Setor: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Data e assinatura (Chefia Imediata) |