

São Paulo, _____ de _____ de 2020.

Eu, _____,
portador(a) do RG _____, unidade _____
_____, Cargo/função _____,
setor _____, me autodeclaro pertencente a
um ou mais grupos de risco.

() trabalhadora municipalizada gestante e lactante

() trabalhador(a) municipalizado(a) com 60 anos ou mais

() trabalhador(a) municipalizado(a) exposto a qualquer doenças ou outra condição de
risco de desenvolvimento de sintomas mais graves decorrentes da infecção pelo
Coronavírus, nos termos definidos pelas autoridades de saúde e sanitária.

Especificar: _____

Solicito realocação de setor, para um setor que forneça menor risco diante do exposto.

Assinatura do(a) trabalhadora municipalizado(a)