|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **NOTIFICAÇÃO DE EMERGÊNCIA** | **VERSÃO 2017.1** |
| Eu,      , cédula de identidade nº      , órgão de expedição      , inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob o nº      , ocupante do cargo       do quadro de pessoal permanente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais - IFMG, Campus      , **declaro** que: [ ]  **autorizo** o IFMG a **notificar** os seguintes contatos em situações de emergência e **entendo** e **concordo** que a instituição **não tem obrigação** ou **responsabilidade de comunicar** qualquer pessoa em caso de emergência em meu local de trabalho: |
| NOME      |
| TELEFONE CELULAR COM DDD      | TELEFONE FIXO COM DDD      | E-MAIL      |
| ENDEREÇO      | NÚMERO      | COMPLEMENTO      |
| BAIRRO      | MUNICÍPIO      | UF   | RELAÇÃO COM O SERVIDOR      |
|  |
| NOME      |
| TELEFONE CELULAR COM DDD      | TELEFONE FIXO COM DDD      | E-MAIL      |
| ENDEREÇO      | NÚMERO      | COMPLEMENTO      |
| BAIRRO      | MUNICÍPIO      | UF   | RELAÇÃO COM O SERVIDOR      |

|  |
| --- |
| [ ]  **não tenho interesse em informar qualquer contato** para ser notificado pelo IFMG em situações de emergência envolvendo a minha pessoa em meu local de trabalho.,      Local e Data |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura