

**Projeto “SAÚDE”**

**(Serviço de atenção, intervenção e monitoramento do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas)**

**FICHA DE ADESÃO**

NOME: \_\_\_\_\_ - NF: \_\_\_\_\_

Dados pessoais:

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_ anos) - Estado civil: \_\_\_\_\_

Secretaria: \_\_\_\_\_ - Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Regime contratual: \_\_\_\_\_ - Data ingresso na PMP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Telefone (residencial/celular): \_\_\_\_\_

Forma de encaminhamento para o Projeto “SAÚDE”:

(  ) Espontânea; (  ) Indicação do Médico do Trabalho; (  ) Indicação do Médico Perito ou Junta Médica Oficial; (  ) Encaminhamento do Coordenador Geral do SEMST/Interlocutor do SEMPEM; (  ) Outros.

Nesta data manifesto interesse em participar espontaneamente do Projeto “SAÚDE” e solicito agendamento para a entrevista inicial em que serão dadas as informações sobre o funcionamento do Projeto para que eu possa formalizar a minha inscrição.

Piracicaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

- assinatura do(a) servidor(a)

-----

FORMALIZAÇÃO DA INSCRIÇÃO (a ser preenchida após entrevista inicial)

(  ) Declaro que recebi as informações, estou de acordo com as regras de funcionamento e confirmo minha participação espontânea no Projeto “SAÚDE”.

(  ) Declaro que recebi as informações, não estou de acordo com as regras de funcionamento e cancelo minha participação espontânea no Projeto “SAÚDE”.

Piracicaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

- assinatura do(a) servidor(a)

- Ciência Coordenação Geral SESMT