|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo%20Fiocruz07  **Ministério da Saúde**  **Fundação Oswaldo Cruz** | **FORMULÁRIO DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES DAS FUNÇÕES DOS SERVIDORES** | | | **ensp1** |
| Revisão:01 | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | |
| **Nome do Servidor:** | | | | |
| **Setor/Departamento/Subunidade:** | | | **Data de entrada no Setor:** | |
| **Lotação:** | | **Localização:** | **Matrícula SIAPE:** | |
| **Cargo:** | | **Função:** | **Cargo de Chefia:**  ( )Sim ( )Não | |
| **DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO** | | | | |
|  | | | | |
| **PRINCIPAIS ATIVIDADES E RESPONSABILIDADES DA FUNÇÃO** | | | | |
|  | | | | |
| **RELACIONAMENTO INTERNO E EXTERNO** | | | | |
| **Contatos Internos:** | | | | |
| **Contatos Externos:** | | | | |
| **TREINAMENTOS OBRIGATÓRIOS** | | | | |
|  | | | | |
| **DATA DE REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES DESEMPENHADAS DO CARGO.** | | | | |
| Declaro para devido fins a veracidade das informações supracitadas.  ­­­­­ | | | | |
| **Data:**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | |