|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **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