

RECIBO DE ENTREGA DE CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO

Eu, _____, matrícula nº _____ e inscrito (a) no CPF nº _____, declaro que recebi nesta data, da Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba, o crachá de identificação individual. Tenho ciência das seguintes normas de utilização:

1 – Comprometo-me a portar o crachá, em local visível, sempre que estiver nas dependências da Fundação (sede e/ou unidades hospitalares);

2 – O crachá é de uso pessoal e intransferível;

3 – A perda ou o dano do crachá deverá ser comunicado ao Departamento Pessoal da sede ou da unidade hospitalar que solicitará a 2ª via, sendo o custo de reposição de R\$ 10,00 (dez reais) descontado na folha de pagamento do empregado, o que desde já fica por mim autorizado.

4 – Em caso de demissão, o crachá deverá ser devolvido ao Departamento Pessoal da sede ou da unidade hospitalar no ato do desligamento.

_____/ES, ____ de _____ de 202__.

NOME DO EMPREGADO