**TERMO DE RESPONSABILIDADE - CRACHÁ FUNCIONAL**

**NORMAS DE UTILIZAÇÃO DO CRACHÁ:**

1. O crachá de identificação funcional é de uso estritamente pessoal e intransferível;
2. Nos casos de perda, extravio, roubo ou furto o funcionário deverá comunicar o fato imediatamente ao DEADM, através do endereço eletrônico: [emerj.pessoal@tjrj.jus.br](mailto:emerj.pessoal@tjrj.jus.br), solicitando a confecção do novo crachá;
3. Em caso de desligamento da EMERJ, o crachá deverá ser devolvido ao Departamento de Administração (DEADM), em até três (03) dias úteis após a data do ocorrido.

Declaro ter recebido do Departamento de Administração da EMERJ (DEADM) o crachá de identificação funcional, que me foi entregue em perfeitas condições de uso e informo que estou ciente das normas de sua utilização.

**RECEBIMENTO PRIMEIRA VIA DO CRACHÁ FUNCIONAL**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº DOC. DE IDENTIFICAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ASSINATURA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECEBIMENTO SEGUNDA VIA DO CRACHÁ FUNCIONAL**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº DOC. DE IDENTIFICAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ASSINATURA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECEBIMENTO TERCEIRA VIA DO CRACHÁ FUNCIONAL**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº DOC. DE IDENTIFICAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ASSINATURA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEVOLUÇÃO DO CRACHÁ FUNCIONAL**

Declaro a devolução do crachá funcional ao Departamento de Administração da EMERJ (DEADM), na presenta data.

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº DOC. DE IDENTIFICAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ASSINATURA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_