

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

Exercício/ano:

Nome:

Matrícula SIAPE: Obs.:

Categoria/Cargo: Professor efetivo do magistério superior Professor substituto Professor visitante
 Técnico administrativo educacional - Cargo:

Jornada de trabalho: 20 horas 25 horas 30 horas 40 horas 40 horas com DE

Endereço residencial: Nº

Complemento (apto, bloco, casa): Bairro:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone: Celular: E-mail:

QUADRO Nº 1 – PARA OS QUE NÃO RECEBEM RENDIMENTOS OU PROVENTOS DE ÓRGÃO PÚBLICO, PRIVADO OU DE ATIVIDADE AUTÔNOMA

- Declaro que NÃO recebo outros rendimentos ou proventos, oriundos de órgãos público, privado ou decorrente de atividade autônoma.

QUADRO Nº 2 - PARA OS QUE RECEBEM REMUNERAÇÃO POR OUTRO CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO PÚBLICO

- a) Nome do Órgão:
- b) Local de lotação (Cidade/UF):
- c) Cargo/emprego ou função: Carga horária semanal:
- d) Nível de escolaridade do Cargo/emprego ou função: Data de ingresso:
- e) Área de atuação do Cargo/emprego ou função (Médico/Saúde/Magistério):

OBS.: Neste caso o (a) requerente deverá preencher a carga horária semanal na Discriminação Diária do Horário de Trabalho do vínculo informado no Quadro Nº 2 e apresentar a documentação que comprove o vínculo e a jornada de trabalho diária declarados, incluindo os intervalos.

QUADRO Nº 3 - ATIVIDADE(S) DESENVOLVIDA(S) EM EMPRESA PRIVADA

- a) Nome da empresa:
- b) Função: Carga horária semanal:

Participa de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, exerce o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário?

- Não Sim. Qual o CNPJ da empresa?

Se Sim: Participa de gerência ou administração Acionista, cotista ou comanditário MEI ou EIRIELI

OBS.: Neste caso o (a) requerente deverá preencher a carga horária semanal na Discriminação Diária do Horário de Trabalho do vínculo informado no Quadro Nº 3 e apresentar a documentação que comprove o vínculo e horário de trabalho declarados, incluindo os intervalos.

QUADRO Nº 4 - ATIVIDADE(S) DESENVOLVIDA(S) COMO AUTÔNOMO

a) Atividade/Função: Carga horária semanal:

OBS.: Neste caso o (a) requerente deverá preencher a carga horária semanal na Discriminação Diária do Horário de Trabalho do vínculo informado no Quadro Nº 4 e apresentar a documentação que comprove o vínculo e o horário de trabalho declarados, incluindo os intervalos.

QUADRO Nº 5- PARA OS QUE PERCEBEM PROVENTOS DE APOSENTADORIA

a) Nome do Órgão que concedeu o benefício:

b) Cargo que deu origem à aposentadoria: Jornada do cargo:

c) Nível de escolaridade do Cargo em que se deu a aposentadoria:

d) Data da aposentadoria:

e) Área de atuação do Cargo em que se deu a aposentadoria (Médico/Saúde/Magistério):

QUADRO Nº 6 - PARA OS QUE PERCEBEM BENEFÍCIO DE PENSÃO CÍVIL

a) Nome do Órgão que concedeu o benefício:

b) Data de início da concessão do benefício:

Estou ciente de que:

a) as licenças sem remuneração não eliminam acumulação. (**Súmula TCU nº 246** – “O fato do servidor licenciar-se, sem vencimentos, do cargo público ou emprego que exerça em órgão ou entidade da Administração direta ou indireta não o habilita a tomar posse em outro cargo ou emprego público, sem incidir no exercício cumulativo vedado pelo Art. 37 da Constituição Federal, pois que o instituto da acumulação de cargos se dirige à titularidade de cargos, empregos e funções públicas, e não apenas à percepção de vantagens pecuniárias”);

b) ao servidor público é proibido participar de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário. (Art. 117, Inciso X da Lei 8112/90);

c) declarar falsamente é crime previsto em lei penal e que por ele responderei, independentemente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento. (Art. 299 do Código Penal – Decreto Lei 2848/40).

Disto, declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras, pelas quais assumo plena e total responsabilidade, **comprometendo-me a comunicar imediatamente ao Departamento de Administração de Pessoal-DAP quaisquer alterações em minha situação funcional**, bem como autorizá-la a diligenciar quanto à veracidade das informações ora prestadas.

Local e data

Assinatura

***As informações prestadas referem-se à situação dos vínculos do candidato/servidor na data do preenchimento deste formulário.**