

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Nome:		CPF:	
Cargo:		PIS/ PASEP/ NIT:	
E-mail:		Celular:	
Regime de trabalho: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE		Telefone:	
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo () Outra: _____			
Endereço residencial (Logradouro):		Nº	UF:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	CEP:
O regime de 40 (quarenta) horas com dedicação exclusiva impede o docente de exercer outra atividade remunerada, pública ou privada, com as exceções previstas na Lei nº 12.772/12.			

DECLARO, em observância às disposições legais vigentes e para fins de comprovação perante a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**, que:

() **NÃO** ocupo outro cargo/emprego/função na administração direta, em autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundação mantida pelo poder público ou outra entidade que se ache sob seu controle diretor, quer no âmbito Federal, Estadual, Municipal, e privado.

() **OCUPO** outro cargo/emprego/função pública ou privado de:

Cargo:	
Nome da entidade:	UF:
Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado	Data do Ingresso:
Escolaridade do cargo: () Superior () Técnico / Médio () Fundamental	
Carga horária semanal: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE Outra: _____	
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo () Profissional Liberal () Autônomo	
Apresentar declaração da instituição em que trabalha, constando local, carga horária semanal e especificação dos dias e horários de entrada e saída.	

() **OCUPO** outro cargo/emprego/função pública ou privado de:

Cargo:	
Nome da entidade:	UF:
Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado	Data do Ingresso:
Escolaridade do cargo: () Superior () Técnico / Médio () Fundamental	
Carga horária semanal: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE Outra: _____	
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo () Profissional Liberal () Autônomo	
Apresentar declaração da instituição em que trabalha, constando local, carga horária semanal e especificação dos dias e horários de entrada e saída.	

() **OCUPO** outro cargo/emprego/função pública ou privado de:

Cargo:	
Nome da entidade:	UF:
Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado	Data do Ingresso:
Escolaridade do cargo: () Superior () Técnico / Médio () Fundamental	
Carga horária semanal: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE Outra: _____	
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo () Profissional Liberal () Autônomo	
Apresentar declaração da instituição em que trabalha, constando local, carga horária semanal e especificação dos dias e horários de entrada e saída.	

PERCEBO aposentadoria: () SIM () NÃO

Cargo que deu origem à aposentadoria:	
Nome da entidade:	UF:
Fundamento legal:	Ato legal da aposentadoria:
Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado	Data da vigência:
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo	
Carga horária semanal: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE Outra: _____	
Escolaridade do cargo: () Superior () Técnico / Médio () Fundamental	

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

PERCEBO pensão: () SIM () NÃO

Nome da entidade:		UF:
Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado		
Grau de parentesco com o instituidor de pensão:		
Tipo e fundamentação legal da pensão:		
Data de início da concessão:		
Comprovar a dependência econômica na data do óbito do instituidor.		
Sou Militar: () Sim () Não		() Em atividade () Reformado () Reserva remunerada
Área da saúde: () Sim () Não		
Participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, ou exerço o comércio: () SIM () NÃO		
Razão Social:		CNPJ:
Participo de sociedade privada, personificada ou não personificada, na qualidade de acionista, cotista ou comanditário, nos termos do art. 117, inciso X, da Lei nº. 8.112/1990: () SIM () NÃO		
Razão Social:		CNPJ:
Estou em disponibilidade remunerada, nos termos do art. 41, §3º, da Constituição Federal: () SIM () NÃO		
Órgão:		
Estou vinculado(a) à Programa de Residência Médica ou Multiprofissional em saúde, ligado a órgão público: () SIM () NÃO		
Órgão:		

O candidato está ciente de que não é aconselhável solicitar desligamento do(s) vínculo(s) declarado(s) (rescisão, vacância, exoneração, etc.) sem antes ter passado pela Perícia Médica desta Universidade e ter entregue o Atestado e toda a documentação exigida para a posse. Portanto, solicitamos entregar a documentação com o máximo de antecedência possível para que haja tempo hábil para resolver as questões de desligamento, caso necessário, com o(s) vínculo(s) aqui declarado(s);

Salientamos que, para que não haja descontinuidade de tempo de serviço (quebra de vínculo), a Saída (vínculo anterior), Posse e Efetivo Exercício (vínculo na UFPE) devem ter a mesma data.

DECLARO, com base no que dispõem os incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal, que **ESTOU CIENTE** de que omitir, em documento público, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa, com o fim de alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante **CONSTITUI CRIME**, tipificado no art. 299 do Código Penal, sujeito às penalidades legais, após apuração em processo administrativo disciplinar, na forma do art. 133, da Lei 8.112/90.

_____, _____ de _____ de _____
Local

Assinatura do Declarante