



Ministério da Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS E FUNÇÕES PÚBLICAS

FINALIDADE DA DECLARAÇÃO

Posse/Contratação Mudança de Jornada de Trabalho Aposentadoria Auditoria Outro

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO

NOME:

CPF:

PIS/PASEP:

TELEFONE:

E-MAIL:

VÍNCULO NA UFRN

(preencher com o cargo que ocupa na UFRN ou em caso de Posse/Contratação com o cargo a ser ocupado na UFRN)

Cargo/Função:

SIAPE (quando já for servidor):

Lotação na UFRN:

Cargo em Comissão: SIM NÃO

Função Comissionada: SIM NÃO

Jornada de Trabalho: 20h 24h 30h 40h DE OUTRO: _____

Declaro, para os devidos fins, **QUE NÃO OCUPO** cargo, emprego ou função pública em qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal direta, autárquica ou fundacional, estadual, municipal ou no Distrito Federal, nos Poderes Legislativo ou Judiciário, nos órgãos constitucionalmente independentes ou autônomos e não sou aposentado(a), beneficiário(a) de pensão, ou militar ativo (a) ou aposentado(a).

VÍNCULOS PÚBLICOS

Declaro, para os devidos fins, **QUE OCUPO** outro(os) cargo(os), emprego(os) ou função(ões) pública (as) na administração pública federal, estadual, municipal, autárquica, fundacional, empresa pública ou sociedade de economia mista, conforme especificado a seguir.

Ente Federativo: Federal Estadual Distrital Municipal

Órgão/Entidade:

Cargo/Emprego/Função Ocupado:

Cargo em Comissão: SIM NÃO

Função Comissionada SIM NÃO

Jornada de Trabalho:

Cidade e Estado de Lotação:

Natureza do Vínculo: Estatutário Celetista

Ente Federativo: Federal Estadual Distrital Municipal

Órgão/Entidade:

Cargo/Emprego/Função Ocupado:

Cargo em Comissão: SIM NÃO

Função Comissionada SIM NÃO

Regime de Trabalho:

Cidade e Estado de Lotação:

Natureza do Vínculo: Estatutário Celetista

OBS: Estou ciente que ao marcar o campo "SIM", devo ANEXAR: DECLARAÇÃO atualizada (redigida em papel timbrado) do Órgão/Instituição pública informando de forma clara e objetiva a jornada semanal e os horários de trabalho dedicados à atividade declarada. A DECLARAÇÃO deve estar datada e assinada com identificação legível (nome e cargo) e assinatura digital, pela chefia imediata, e /ou responsável pelo Setor de Pessoal do Órgão/Instituição, o qual solidariamente se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas/declaradas.

Recebe Auxílio Alimentação de outro órgão público? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Em qual Vínculo recebe o auxílio:

Estou em disponibilidade remunerada nos termos do Art. 41, § 3º da CF/88? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Órgão:	Tipo:	Período:
Cargo:		

OBS: Estou ciente que ao marcar "SIM", devo ANEXAR cópia do ATO que concedeu o benefício

Nos últimos 24 (vinte e quatro) meses foi contratado(a) com base na Lei 8.745/93? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Órgão:	
Cargo:	Período:
Órgão/Entidade:	

OBS: Estou ciente que ao marcar "SIM", devo ANEXAR cópia do Contrato de trabalho e seus aditivos.

Está em gozo de Licença, Afastamento ou Cumprindo Aviso Prévio em algum dos vínculos públicos que detém? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
ÓRGÃO PÚBLICO:	TIPO:	PERÍODO:

OBS: Estou ciente que ao marcar "SIM", devo ANEXAR cópia do ATO que concedeu a licença, afastamento, aviso prévio ou suspensão contratual.

VÍNCULOS PRIVADOS

Possui vínculo empregatício com Instituição Privada? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Instituição:	
Cidade:	UF:
Função:	Carga Horária Semanal:

Instituição:	
Cidade:	UF:
Função:	Carga Horária Semanal:

OBS: Estou ciente que ao marcar o campo "SIM", devo ANEXAR: DECLARAÇÃO atualizada (redigida em papel timbrado) da Empresa/Instituição informando de forma clara e objetiva a jornada semanal e os horários de trabalho dedicados à atividade declarada. A DECLARAÇÃO deve estar datada e subscrita com identificação legível (nome e cargo), e assinatura digital da chefia imediata, e /ou responsável pelo Setor de Pessoal da Empresa/Instituição, o qual solidariamente se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas/declaradas.

Exerce atividade como Autônomo/Profissional Liberal: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Atividade:	Horário:
Cidade:	UF:

OBS: Estou ciente que ao marcar o campo "SIM", devo ANEXAR: DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO (redigida em papel timbrado do Escritório e/ou Consultório e/ou Empresa) reconhecida em cartório ou com assinatura digital que descreva de forma clara e objetiva a atividade que exerce, o endereço do local de trabalho, a jornada semanal e os horários dedicados ao exercício dessa atividade.

Está em gozo de Licença, Afastamento ou Cumprindo Aviso Prévio no(os) vínculo (os) privados que detém? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EMPRESA:	TIPO:	PERÍODO:

OBS: Estou ciente que ao marcar "SIM", devo ANEXAR cópia do ATO que concedeu a licença, afastamento, aviso prévio ou suspensão contratual.

CARREIRA MILITAR

Sou Militar: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Polícia Militar/Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> Forças Armadas
<input type="checkbox"/> Em Atividade <input type="checkbox"/> Temporário <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Reserva Remunerada	
Órgão:	Cargo/Patente:
<input type="checkbox"/> Estou em reserva remunerada ou como militar reformado (Anexar cópia do ATO que concedeu o benefício)	

ATIVIDADE EM SOCIEDADE PRIVADA/EMPRESA

Participa de sociedade privada personificada ou não personificada? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Razão Social:	CNPJ:
Cidade/Estado:	Telefone da Empresa:
Condição: <input type="checkbox"/> Possui poderes de gerência, direção e/ou administração <input type="checkbox"/> Acionista, cotista ou comanditário <input type="checkbox"/> MEI	

Razão Social:	CNPJ:
Cidade/Estado:	Telefone da Empresa:
Condição: <input type="checkbox"/> Possui poderes de gerência, direção e/ou administração <input type="checkbox"/> Acionista, cotista ou comanditário <input type="checkbox"/> MEI	

OBS: Estou ciente que ao marcar o campo "SIM", devo ANEXAR: cópia do Contrato Social da(as) empresa(as) e de todas as Alterações Contratuais registradas

APOSENTADORIA

Recebe proventos de aposentadoria? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Regime Próprio <input type="checkbox"/> RGPS (INSS)
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Voluntária <input type="checkbox"/> Incapacidade Permanente (Aposentadoria por Invalidez)	
Órgão ou Empresa:	
Cargo:	
Data de Aposentadoria (Anexar cópia do ATO que concedeu o benefício):	

É beneficiário de pensão? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Órgão:	
Instituidor da Pensão:	
Grau de parentesco com o instituidor:	
Tipo de Pensão: <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar	Data da concessão:

OBS: Anexar cópia do ATO que concedeu o benefício

Sou filha maior solteira, beneficiária de pensão instituída pela Lei nº 3.373, de 12 de março de 1958.	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (Caso opte pela posse em cargo público efetivo, estou ciente de que haverá a perda automática da pensão, conforme disposto na Portaria SGP/SEDGG nº 4.645, de 24 de maio de 2022.)	

OBS: Anexar cópia do ATO que concedeu o benefício de Pensão.

Estou Vinculado a Programa de Residência Médica ou Multiprofissional em saúde ligada a órgão público?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	---

Órgão:

Descrição:	Jornada Semanal:
------------	------------------

OBS: Estou ciente que ao marcar o campo "SIM", devo ANEXAR: DECLARAÇÃO atualizada (redigida em papel timbrado) do Órgão/Instituição pública responsável pelo programa de Residência, informando de forma clara e objetiva a jornada semanal e os horários de trabalho dedicados às atividades de residência. A DECLARAÇÃO deve estar datada e subscrita com identificação legível (nome e cargo) e assinatura digital, pela Coordenação do Programa de Residência, o qual solidariamente se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas/declaradas.

OUTROS

Outros vínculos ou informações complementares a declarar?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	---

TIPO: <input type="checkbox"/> Mestrado – Bolsista <input type="checkbox"/> Mestrado – Sem bolsa <input type="checkbox"/> Doutorado – Bolsista <input type="checkbox"/> Doutorado – Sem bolsa <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____ Informações Adicionais: _____ _____ _____
--

Descrição:	Jornada Semanal:
------------	------------------

Estou ciente que ao marcar o campo "SIM", devo ANEXAR: Documentação capaz de comprovar a atividade aqui declarada, bem como a jornada semanal e os horários de trabalho dedicados ao exercício da mesma.

Declaro, com base no que dispõe os incisos XVI e XVII do Art. 37 da Constituição Federal e para os fins previstos no parágrafo 5º do Art. 13 da Lei 8.112/90, que :

ESTOU CIENTE de que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, CONSTITUI CRIME, tipificado no Art. 299 (Falsidade ideológica), do Código Penal Brasileiro, ficando sujeito à pena de reclusão de um a cinco anos e multa, além de DEMISSÃO do cargo, no âmbito administrativo, após apuração em processo administrativo disciplinar, na forma do Título V da Lei 8.112/90.

Caso venha a assumir outros vínculos, assumo o compromisso de comunicar à unidade de gestão de pessoas da UFRN.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Natal, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

(Obrigatória a utilização da assinatura eletrônica do GOV.BR ou Certificado Digital ou de Assinante Externo do SIPAC)

ATENÇÃO

A presente DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO deve ser preenchida (sem rasuras) datada e assinada pelo declarante (candidato e/ou servidor) e acompanhada da documentação comprobatória referente aos itens com resposta afirmativa, referente aos vínculos declarados.