



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

<input type="checkbox"/> Posse/Contratação	<input type="checkbox"/> Mudança de Jornada de Trabalho	<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Auditoria	<input type="checkbox"/> Outro
--	---	--	------------------------------------	--------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO

NOME:	
CPF:	PIS/PASEP:
TELEFONE:	E-MAIL:

VÍNCULO NA UFRN (preencher com o cargo já ocupado ou a ser ocupado na UFRN)

Cargo/Função:	SIAPE:
Lotação:	Cargo em Comissão: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Função Comissionada: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Jornada de Trabalho: <input type="checkbox"/> 20h <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> 30h <input type="checkbox"/> 40h <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	

OUTROS VÍNCULOS PÚBLICOS

1) Exerce outro(os) cargo(os), emprego(os) ou função(ões) na administração pública federal, estadual, municipal, autárquica, fundacional, empresa pública ou sociedade de economia mista? SIM NÃO

Ente Federativo:	Instituição/Órgão:
Cargo:	Cargo em Comissão: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Função Comissionada: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Jornada de Trabalho:	Lotação:
Natureza do Vínculo: <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Celetista	

Ente Federativo:	Instituição/Órgão:
Cargo:	Cargo em Comissão: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Função Comissionada: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Regime de Trabalho:	Lotação:
Natureza do Vínculo: <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Celetista	

2) Recebe Auxílio Alimentação de outro órgão público? SIM NÃO

3) Estou em disponibilidade remunerada nos termos do Art. 41, § 3º da CF/88? SIM NÃO

Órgão:	Tipo:	Período:
Cargo:		

4) 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:	

5) 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:

VÍNCULO PRIVADO

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

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

8) Está em gozo de Licença, Afastamento ou Cumprindo Aviso Prévio nos vínculos privados que detém? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EMPRESA:	TIPO:	PERÍODO:

CARREIRA MILITAR

9) Sou Militar: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Polícia Militar/Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> Forças Armadas
Órgão:	Cargo:
<input type="checkbox"/> Em Atividade <input type="checkbox"/> Temporário <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Reserva Remunerada	

ATIVIDADE EMPRESARIAL

10) Exerce Atividade Empresarial? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Condição:	
<input type="checkbox"/> Sócio-Administrador <input type="checkbox"/> Sócio Cotista <input type="checkbox"/> Sócio Comanditário <input type="checkbox"/> MEI <input type="checkbox"/> EIRELI	
Empresa/Sociedade:	
CNPJ:	Telefone da Empresa:

APOSENTADORIA

11) Recebe proventos 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:			
Ato de Aposentadoria:		Data de Aposentadoria:	
12) 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:	
13) 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:			

DATA: ____/____/____

Declaro, com base no que dispõe os incisos XVI e XVII do Art. 37 da Constituição Federal e para os fins previstos no paragrafo 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.

OBS: O Declarante deverá apresentar toda a documentação comprobatória dos Itens com resposta afirmativa no momento da apresentação da declaração preenchida e assinada.

