|  |
| --- |
| **Portal da UFRNMarca da PROGESP/UFRN | Dickson TavaresMinistério 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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO**

|  |
| --- |
| **NOME:** Clique para preencher. |
| **CPF:** Clique para preencher. | **PIS/PASEP:** Clique para preencher. |
| **TELEFONE:** Clique para preencher. | **E-MAIL:** Clique para preencher. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Cargo/Função:** Clique para preencher | **SIAPE:** Clique para preencher. |
| **Lotação:** Clique para preencher. | **Cargo em Comissão:** Sim *(selecionar)* |
| **Função Comissionada:** Sim *(selecionar)* |
| **Jornada de Trabalho:** 20hSe “Outro”, Informar. |

**OUTROS VÍNCULOS PÚBLICOS**

|  |
| --- |
| **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?** Não *(selecionar)* |
| **Ente Federativo:** Municipal *(selecionar)* | **Instituição/Órgão:** Clique para preencher. |
| **Cargo:** Clique para preencher. | **Cargo em Comissão:** Não *(selecionar)* |
| **Função Comissionada:** Não *(selecionar)* |
| **Jornada de Trabalho:** 20h Se “Outro”, Informar. | **Lotação:** Clique para preencher. |
| **Natureza do Vínculo:** Estatutário *(selecionar)* |

|  |
| --- |
| **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?** Não |
| **Ente Federativo:** Municipal *(selecionar)* | **Instituição/Órgão:** Clique para preencher. |
| **Cargo:** Clique para preencher. | **Cargo em Comissão:** Não *(selecionar)* |
| **Função Comissionada:** Não *(selecionar)* |
| **Jornada de Trabalho:** 20h Se “Outro”, Informar. | **Lotação:** Clique para preencher. |
| **Natureza do Vínculo:** Estatutário *(selecionar)* |

|  |
| --- |
| **Recebe Auxílio Alimentação de outro órgão público?** Não *(selecionar)* |

|  |
| --- |
| **Estou em disponibilidade remunerada nos termos do Art. 41, § 3º da CF/88?** Não *(selecionar)* |
| **Órgão:** Clique para preencher. | **Tipo:** Clique para preencher. | **Período:** Clique para preencher. |
| **Cargo:** Clique para preencher. |

|  |
| --- |
| **Nos últimos 24 (vinte e quatro) meses foi contratado(a) com base na Lei 8.745/93?** Não *(selecionar)* |
| **Órgão:** Clique para preencher. |
| **Cargo:** Clique para preencher. | **Período:** Clique para preencher. |
| **Órgão/Entidade:** Clique para preencher. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Está em gozo de Licença, Afastamento ou Cumprindo Aviso Prévio em algum dos vínculos públicos que detém?** | Não *(selecionar)* |
| **ÓRGÃO PÚBLICO:** Clique para preencher. | **Tipo:** Clique para preencher. | **Período:** Clique para preencher. |

**VÍNCULO PRIVADO**

|  |
| --- |
| **Possui vínculo empregatício com Instituição Privada?** Não *(selecionar)* |
| **Instituição:** Clique para preencher. |
| **Cidade:** Clique para preencher. | **UF:** RN*(selecionar)* |
| **Função:** Clique para preencher. | **Carga Horária Semanal:** 20h Se “Outro”, Informar. |

|  |
| --- |
| **Exerce atividade como Autônomo/Profissional Liberal?** Não *(selecionar)* |
| **Atividade:** Clique para preencher. | **Horário:** Clique para preencher. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Está em gozo de Licença, Afastamento ou Cumprindo Aviso Prévio em algum dos vínculos privados que detém?** | Não *(selecionar)* |
| **Empresa:** Clique para preencher. | **Tipo:** Clique para preencher. | **Período:** Clique para preencher. |

**CARREIRA MILITAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sou Militar?** Não *(selecionar)* | **Corporação:** ...... *(se “SIM”, selecionar)* |
| **Órgão:** Clique para preencher. | **Cargo:** Clique para preencher. |
|  |

**ATIVIDADE EMPRESARIAL**

|  |
| --- |
| **Exerce Atividade Empresarial?** Não *(selecionar)* |
| **Condição:** ......*(se “SIM”, selecionar)* |
| **Empresa/Sociedade:** Clique para preencher. |
| **CNPJ:** Clique para preencher. | **Telefone da Empresa:** Clique para preencher. |

**APOSENTADORIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Recebe proventos de aposentadoria?** Não *(selecionar)* | ...... *(se “SIM”, selecionar)* |
| **Órgão:** Clique para preencher. | **Cargo:** Clique para preencher. |
|  |



**Coordenadoria de Assessoramento Processual e Acumulação de Cargos – CAPAC**

**E-mail: acumulacaodecargos@reitoria.ufrn.br - Telefone: (84)3342-2296**

|  |
| --- |
| **Órgão ou Empresa:** Clique para preencher. |
| **Cargo:** Clique para preencher. |
| **Ato de Aposentadoria:** Clique para preencher. | **Data de Aposentadoria:** Clique para preencher. |

|  |
| --- |
| **É beneficiário de pensão?** Não *(selecionar)* |
| **Órgão:** Clique para preencher. |
| **Instituidor da Pensão:** Clique para preencher. |
| **Tipo de Pensão:** Civil *(selecionar)* | **Data de Concessão:** Clique para preencher. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estou Vinculado a Programa de Residência Médica ou Multiprofissional em saúde ligada a órgão público?** | Não *(selecionar)* |
| **Órgão:** Clique para preencher. |
| **Descrição:** Clique para preencher. |

|  |
| --- |
| **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, criarobrigação 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 Titulo 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,17 de março de 2021.**Assinatura do Declarante |

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

****

****

**Coordenadoria de Assessoramento Processual e Acumulação de Cargos – CAPAC**

**E-mail: acumulacaodecargos@reitoria.ufrn.br - Telefone: (84)3342-2296**