ANEXO I - DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS/ EMPREGOS/ PROVENTOS E OU PENSÃO

[INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 2/2020-GAB/IFRR, DE 23 DE OUTUBRO DE 2020]

NOME		CPF
LOTAÇÃO	SIAPE	TELEFONE

CARGO
( ) Técnico-Administrativo em Educação/Cargo: _
( ) Professor EBTT - Área: _
( ) Professor Substituto - Área: _
( ) Profissional especializado para atender estudante com deficiência – Área: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

REGIME DE TRABALHO SEMANAL NO IFRR
( ) 20 (vinte) Horas ( ) 25 (vinte e cinco) Horas
( ) 30 (trinta) Horas ( ) 40 (quarenta) Horas
( ) Dedicação Exclusiva

Declaro, sob as penas da Lei, junto ao IFRR, para fins de controle de Acumulação de Cargos/ Proventos e/ou Pensão, que, na presente data:

1- Ocupo outro cargo/função/emprego PÚBLICO, nos termos do Art. 37, XVI e XVII, da CF/88
( ) NÃO ( ) SIM – CARGO: ____
ÓRGÃO: ____

Em caso afirmativo, entregar ao setor de Gestão de Pessoas da unidade declaração do outro órgão público, em papel timbrado, discriminando:

- Denominação do cargo
- Carga horária semanal
- Horário de trabalho semanal
- Nível de escolaridade do cargo
- Data de ingresso
- Área de atuação (saúde, magistério, administração)

2- Exerço atividade remunerada na iniciativa privada / profissional liberal / autônomo.
( ) NÃO ( ) SIM – CARGO: ____
INSTITUIÇÃO: ____

Em caso afirmativo, anexar declaração da Instituição, em papel timbrado, discriminando:

- Cargo Exercido, Carga Horária e Horário de Trabalho Semanal

3- Sou aposentado (a) em outro cargo/função/emprego PÚBLICO e/ou pensionista, nos termos do Art. 118, § 3º da lei n° 8.112/90 e do Art. 37, § 10 da CF/88.
( ) NÃO ( ) SIM – Anexar cópia da Portaria de Aposentadoria e/ou comprovante de recebimento de pensão.

Em caso afirmativo, comprovar as seguintes informações – aposentados:

Denominação do cargo que deu origem à aposentadoria
Unidade da Federação em que exerceu o cargo
Nível de escolaridade do cargo em que se deu a aposentadoria
Área de atuação (saúde, magistério, administração)
- Fundamento legal da aposentadoria
- Jornada do cargo que exerceu
- Data da vigência da aposentadoria

Em caso afirmativo, comprovar as seguintes informações – pensionistas:

- Tipo e fundamento legal da pensão
- Grau de parentesco com o instituidor de pensão
- Data do início da concessão do benefício
- Dependência econômica comprovada na data do óbito do instituidor

4- Participo de gerência ou administração de sociedade privada (Inciso X, do Art. 117, da Lei nº 8.112/90.
( ) NÃO ( ) SIM – Anexar cópia do contrato social

5- Fui contratado com fundamento na Lei 8.745/93 nos últimos 24 (vinte e quatro) meses.
( ) NÃO ( ) SIM – Anexar cópia do contrato de prestação de serviços.

Estou ciente de que em qualquer situação que venha modificar o conteúdo deste formulário, deverá ser imediatamente informada à administração, sob pena de responsabilização civil, penal e criminal.

Local e data

Nome do servidor
SIAPE