



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENADORIA DE ADMISSÃO E DIMENSIONAMENTO

Campus em Barbalha-CE – Faculdade de Medicina

CEP: 63.180-000 – Rua Divino Salvador, 284

atendimento.progep@ufca.edu.br / 88-3312.5026 / 5025 ou 88-3221.9302 / 9301

DECLARAÇÃO

() Declaro para os devidos fins, sob as penas da lei, que, nos últimos 24 meses não mantive contrato temporário com instituição federal de ensino, atendendo ao que dispõe o artigo 9º,III, da lei nº 8745/93.

() Declaro que mantive contrato temporário de Professor Substituto com base na lei nº 8745/93, na Instituição de Ensino:

_____ ,
no período de _____.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do Declarante