



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

Campus de Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63.048-080 – Avenida Tenente Raimundo Rocha, 1639 - Bairro Cidade Universitária
atendimento.progep@ufca.edu.br - (88) 3221.9315/ 3221.9312

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS, FUNÇÕES,
PROVENTOS E ATIVIDADES DE NATUREZA PRIVADA**

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ Município/UF: _____

Telefone residencial:() _____ Celular: _____

E-mail: _____

Cargo na UFCA: _____

Matrícula SIAPE: _____ Regime de Trabalho: _____

Lotação: _____

Situação Funcional: _____

() Processo de Nomeação/Contratação () Em disponibilidade () Em Exercício

() Aposentado () Afastado

Razão do afastamento: _____

Obs: Anexar declaração da unidade de lotação, informando os dias e horários de trabalho. Esta declaração deverá especificar o horário de expediente diário, integralizando a carga horária semanal constante no edital do concurso.

Em consonância com o disposto nos artigos 37, incisos XVI e XVII, da Constituição Federal de 1988, e 118, da Lei Nº 8.112/90, declaro que:

1. Exerço outro cargo, emprego ou função na Administração Pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, suas Autarquias, Fundações mantidas pelo Poder Público, Empresas Públicas, e Sociedades de Economia Mista:

() **NÃO** () **SIM** Em caso afirmativo informe:

1.1

Órgão: _____

Data de Ingresso: _____ Regime de Trabalho: _____

Cargo, Emprego ou Função: _____

1.2

Órgão: _____

Data de Ingresso: _____ Regime de Trabalho: _____

Cargo, Emprego ou Função: _____

Obs: Anexar declaração do(s) órgão(s) contendo as seguintes informações: a) especificação do cargo, emprego ou função; b) regime jurídico; c) carga horária semanal e d) horário de trabalho.



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

Campus de Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63.048-080 – Avenida Tenente Raimundo Rocha, 1639 - Bairro Cidade Universitária
atendimento.progep@ufca.edu.br - (88) 3221.9315/ 3221.9312

2. Estou em gozo de licença ou suspensão contratual: () **NÃO** () **SIM**

Em caso afirmativo informe:

Órgão: _____

Cargo: _____

Tipo: _____ Período: _____

Obs: Anexar cópia do ato que concedeu a licença ou suspensão contratual.

3. Percebo proventos de aposentadoria, pensão, reserva ou como militar reformado:

() **NÃO** () **SIM**

Em caso afirmativo informe:

Tipo: () Aposentadoria () Pensão () Reserva () Militar Reformado

Órgão: _____ Data da concessão: _____

Cargo que deu origem ao benefício: _____

Obs: Anexar cópia do ato que concedeu o benefício.

4. Exerço atividade em empresa privada: () **NÃO** () **SIM**

Em caso afirmativo informe:

4.1

Empresa: _____

Atividade: _____ Regime de Trabalho: _____

Vigência do Contrato: _____

4.2

Empresa: _____

Atividade: _____ Regime de Trabalho: _____

Vigência do Contrato: _____

**Obs: Anexar declaração da(s) empresa(s) contendo as seguintes informações:
a) Especificação das Atividades; b) Regime Jurídico; c) Carga Horária Semanal e d) Horário de Trabalho.**

5. Exerço atividade como autônomo: () **NÃO** () **SIM**

Em caso afirmativo informe:

Atividade: _____

Obs: Anexar declaração de próprio punho especificando as atividades, local e horário de trabalho.



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

6. Participo de empresa comercial ou industrial: () **NÃO** () **SIM**

Em caso afirmativo informe:

Empresa: _____ CNPJ: _____

Natureza da Participação: () acionista, cotista ou comanditário

() Sócio-administrador ou gerente () Empresário individual

Obs: Apresentar cópia autenticada do Contrato Social ou documento equivalente e seus respectivos aditivos.

7. Percebo remuneração proveniente de bolsa: () **NÃO** () **SIM**

Em caso afirmativo informe:

Instituição financiadora: _____

Natureza da bolsa: _____ Vigência: _____

Obs: Apresentar declaração do orientador/instituição financiadora autorizando a acumulação da bolsa como o cargo ocupado nesta Universidade e informando dias e horários de atividades.

Comprometo-me a informar qualquer alteração nas informações prestadas à Comissão Permanente de Acumulação de Cargos/Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da UFCA. Estou ciente de que declarar falsamente constitui crime, nos termos do artigo 299 do Código Penal, passível de apuração e punição, sem prejuízo das sanções administrativas aplicáveis .

Data: _____

ASSINATURA

Observação:
