



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

NOME: _____
CARGO EFETIVO: _____
UNIDADE DE LOTAÇÃO: _____
REGIME DE TRABALHO: _____ Dedicção Exclusiva: SIM NÃO
(O vínculo no regime de dedicação exclusiva impede o docente de manter quaisquer outros vínculos profissionais remunerados, seja na iniciativa pública ou privada.)

DECLARO, em observância às disposições legais vigentes e para fins de comprovação perante a UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO, que:

NÃO ocupo outro cargo/emprego/função em autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundação mantida pelo poder público ou outra entidade que se ache sob seu controle diretor, quer no âmbito FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL e, ainda, no setor PRIVADO.

NÃO participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário, nos termos do art. 117, X da Lei nº 8.112/90.

OCUPO outro cargo/emprego/função pública ou privada de:

Cargo:			
Nome da Entidade:			
Órgão:	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Privado
Área de Atuação (exceto privado):	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Saúde	<input type="checkbox"/> Magistério <input type="checkbox"/> Técnico/Científico
Carga Horária Semanal:	<input type="checkbox"/> 20 h	<input type="checkbox"/> 30 h	<input type="checkbox"/> 40 h <input type="checkbox"/> Outro: _____
Jornada de Trabalho:	De _____ às _____ horas/De _____ às _____ horas		
Data do Ingresso:	____/____/____.	Escolaridade:	

Obs: Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2. e Declaração da Instituição que se trabalha constando, local e jornada de trabalho e carga horária total.

PERCEBO aposentadoria:

Cargo que deu origem à aposentadoria:			
Nome da Entidade:			
Órgão:	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Privado
Unidade Federativa:			
Área de Atuação (exceto privado):	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Saúde	<input type="checkbox"/> Magistério <input type="checkbox"/> Técnico/Científico
Jornada do cargo que exerceu:	<input type="checkbox"/> 20 h	<input type="checkbox"/> 30 h	<input type="checkbox"/> 40 h <input type="checkbox"/> Outro: _____
Ato e Fundamento legal da aposentadoria:			
Data de Vigência da Aposentadoria:	____/____/____.	Escolaridade:	

Obs: Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2.

PERCEBO pensão:

Nome da Entidade:			
Órgão:	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Privado
Unidade Federativa:			
Grau de parentesco com o instituidor de pensão:			
Tipo e Fundamento legal da pensão:			
Data de início da concessão:	____/____/____.		

Obs.: Comprovar a dependência econômica na data do óbito do instituidor.

Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2.

DECLARO que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo para o qual fui empossado.

DECLARO ter conhecimento de que é minha obrigação compatibilizar os horários em caso de acumulação lícita e que o interesse público sempre deverá se sobrepor a interesses pessoais e privados, **devendo adequar-me as necessidades desta instituição.**

DECLARO, ainda, estar ciente de que **prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro**, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Comprometo comunicar a essa SUGEP/UFRPE qualquer alteração nesta situação.

Recife, ____/____/____

DECLARANTE

RUA DOM MANOEL DE MEDEIROS, S/N – DOIS IRMÃOS – CEP: 52171-900 – RECIFE – PE
TEL.: (81) 3320-6150