



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

**DECLARAÇÃO DE
ACUMULAÇÃO DE
CARGOS – PROFESSOR
SUBSTITUTO**

Nome completo do declarante:

1. Dados do vínculo com a UFES

Regime de trabalho: () 20h semanais () 40h semanais

Departamento contratante:

Horário discriminado:

TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
MATUTINO	às	às	às	às	às	às	às
VESPERTINO	às	às	às	às	às	às	às
NOTURNO	às	às	às	às	às	às	às

(Assinatura identificada da chefia do Departamento)

2. Declarações

Declaro, para fins do contido nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal de 1988 (com redação determinada pelas Emendas Constitucionais nº 19 e 20 de 1998); assim como o constante do inciso X do Art. 117 da Lei 8.112, de 1990, que:

EXERÇO outro cargo, emprego ou função pública na Administração Direta, Autárquica, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação (nas esferas Federal, Estadual, Distrital ou Municipal), conforme informações abaixo (**caso sim, é obrigatória a apresentação de declaração, devidamente assinada, que comprove o vínculo e jornada de trabalho diária declarados, incluindo intervalos**):

() Não
() Sim

Esfera: () Federal () Estadual () Municipal () Distrital

Cargo/Emprego/Função: _____

Nível de escolaridade: _____ Data de ingresso: _____

Órgão/Entidade/Empresa: _____

Carga horária semanal: _____ horas () Dedicção Exclusiva Ocupante de Cargo ou Função em Comissão: () Sim () Não

Horário de trabalho: _____

EXERÇO outras atividades, conforme informações constantes a seguir (**caso sim, é obrigatória a apresentação de declaração, devidamente assinada, que comprove o vínculo e jornada de trabalho diária declarados, incluindo intervalos**):

() Não
() Sim

Tipo de atividade: () Privada () Autônoma () Outras: _____

Cargo/Emprego/Função: _____

Empregador: _____

Carga horária semanal: _____ horas Horário de trabalho: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____ Telefone: () _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

DECLARAÇÃO DE
ACUMULAÇÃO DE
CARGOS – PROFESSOR
SUBSTITUTO

RECEBO proventos de aposentadoria (**caso sim, é obrigatória a apresentação da cópia da portaria de aposentadoria ou outro documento comprobatório**).

() Não

() Sim

Cargo que originou a aposentadoria: _____

Nível de escolaridade: _____ Regime de trabalho do cargo exercido: _____

Órgão/Entidade/Empresa: _____

SOU BENEFICIÁRIO de PENSÃO CIVIL (**caso sim, é obrigatória a apresentação da cópia da portaria de concessão do benefício**).

() Não

() Sim

Instituidor da pensão civil: _____

Grau de parentesco com o instituidor: _____ Data de início da concessão: _____

PARTICIPO de sociedade privada, personificada ou não personificada na qualidade de acionista, cotista ou comanditário (**caso sim, é obrigatória a apresentação de Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral de Pessoa Jurídica, juntamente com o Comprovante de Consulta de Quadro de Sócios e Administradores - QSA**).

() Não () Sim

PARTICIPO de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada e/ou exerço o comércio.

() Não () Sim

Declaro ainda que:

- Caso venha a assumir outros vínculos, assumo o compromisso de comunicar a esta unidade de gestão de pessoas;
- A presente declaração é firmada com pleno conhecimento de que qualquer omissão constituirá presunção de má fé;
- Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto no Código Penal Brasileiro e que por ele responderei, independentemente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

_____/____, ____ de ____ de ____
(Local e data)

(Assinatura do declarante)