



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

**DECLARAÇÃO DE
VÍNCULOS EXTRA
SIAPE**

1. Dados do Declarante

Nome Completo: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Regime de Trabalho: 20h semanais 30h semanais 40h semanais Dedicção Exclusiva
 Outros: _____

2. Declaração

DECLARO, para os devidos fins, que:

NÃO POSSUO nenhum vínculo com órgão/entidade dos poderes da União, Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (incluídas as empresas públicas, sociedades de economia mista, suas controladas, direta e indiretamente pelo poder público, desde que recebem recursos públicos para pagamento das despesas com pessoal ou custeio em geral).

MANTENHO o vínculo abaixo discriminado (**anexar cópia do contracheque**):

Órgão/Entidade: _____ UF: _____

Tipo de Vínculo: SERVIDOR EMPREGADO PUBLICO APOSENTADO BENEFICIÁRIO DE PENSÃO

Fundamento Legal da Aposentadoria: _____

Área de Atuação: MÉDICO PROFESSOR TÉCNICO E/OU CIENTIFICO SAÚDE

Denominação de Cargo/Emprego: _____

Escolaridade: FUNDAMENTAL MÉDIO SUPERIOR Jornada de Trabalho: _____

Data de Ingresso: ____/____/____ Data de Aposentadoria: ____/____/____

Ocupante de Função: Sim Não Denominação da Função: _____

_____/ES, ____ de _____ de _____
(Local e Data)

(Assinatura do Declarante)



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

**DECLARAÇÃO DE
VÍNCULOS EXTRA
SIAPE**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE
(Quando possuir Vínculo Extra - SIAPE)**

Eu, _____,
_____ (servidor ativo, aposentado, beneficiário de pensão, empregado público, agente político), inscrito no CPF sob nº _____, responsabilizo-me, nos termos do inciso III, do art. 116, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a fornecer o (s) comprovante (s) de rendimentos (contracheque) nos prazos e períodos (semestralmente, nos meses de abril e outubro e sempre que houver alteração no valor da remuneração) previstos nos incisos I a III do art. 1º da Portaria Normativa nº 02, de 08 de novembro de 2011, publicada no DOU. De 09/11/2011, e em todas as ocasiões em que for solicitado.

_____/ES, _____ de _____ de _____
(Local e Data)

(Assinatura do Declarante)