DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO PÚBLICO

Eu,_____, portador(a) da Identidade nº_____, e do CPF nº_____, residente e domiciliado(a) à_____, nº _____, Bairro _____, em _____, CEP.: _____, declaro sob as penas da lei que:

( ) NÃO ocupo em mais um outro órgão - cargo, emprego ou função pública.

( ) SIM, ocupo em mais um outro órgão - cargo, emprego ou função pública conforme abaixo:

IDENTIFICAÇÃO E VÍNCULO COM A ENTIDADE 1: EXERCÍCIO/ANO:_____

Nome:	**Município de lotação no serviço público:**
Cargo:	**CPF:**
Data de admissão: / /	**Matrícula:**
Jornada de trabalho: ( ) 20h ( ) 40h ( ) 60h ( ) **Outro:**	**Nível de escolaridade exigido para o Cargo, Emprego ou Função:**
Horário: _____às _____. Quais dias da semana (Dom, Seg, Ter, Qua, Qui,Sex, Sáb)?	**Área de atuação do cargo (Ex.: Saúde, Magistério...):**
Órgão/Unidade de lotação:	**Natureza do vínculo:** **( ) Efetivo ( ) Contratado/Temporário** **( ) Comissionado**
Está licenciado(a) ou com suspensão contratual no vínculo acima informado? ( ) Não ( ) Sim Tipo: Período: / / a / /	
Setor de trabalho:	**Telefone Residencial:** ( ) –
Celular: ( ) –	**E-mail:**

_____
Assinatura do(a) Declarante

Avenida Eládio Correa Lobato, s/nº - Bairro: Cidade Nova, Complexo Administrativo: Agenor da Costa Quaresma - CEP: 68430-000
www.igarapemiri.pa.gov.br e-mail: administracao@igarapemiri.pa.gov.br

IDENTIFICAÇÃO E VÍNCULO COM A ENTIDADE 2: EXERCÍCIO/ANO:_____

Nome:	**Município de lotação no serviço público:**
Cargo:	**CPF:**
Data de admissão: / /	**Matrícula:**
Jornada de trabalho: ( ) 20h ( ) 40h ( ) 60h ( ) Outro:	**Nível de escolaridade exigido para o Cargo, Emprego ou Função:**
Horário: às . Quais dias da semana (Dom, Seg, Ter, Qua, Qui, Sex, Sáb)?	**Área de atuação do cargo (Ex.: Saúde, Magistério...):**
Órgão/Unidade de lotação:	**Natureza do vínculo: ( ) Efetivo ( ) Contratado/Temporário( ) Comissionado**
Está licenciado(a) ou com suspensão contratual no vínculo acima informado? ( ) Não ( ) Sim Tipo: Período: / / a / /	
Setor de trabalho:	**Telefone Residencial:** ( ) –
Celular: ( ) –	**E-mail:**

Igarapé-Miri/PA, _____, de _____ de _____.

Declaro para os devidos fins de direito, ciente das penalidades de informar falsamente ou omitir vínculos, que possuo somente as acumulações acima descritas.

_____
Assinatura do(a) Declarante

Avenida Eládio Correa Lobato, s/nº - Bairro: Cidade Nova, Complexo Administrativo: Agenor da Costa Quaresma - CEP: 68430-000
www.igarapemiri.pa.gov.br e-mail: administracao@igarapemiri.pa.gov.br