DECLARAÇÃO PARA FINS DE CONTROLE DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS/EMPREGOS/PROVENTOS E/OU PENSÃO

À Diretoria de Gestão de Pessoas – DGP/IFC

NOME:

☐ Técnico-Administrativo em Educação Cargo:_____
☐ Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico
☐ Professor Substituto ou Temporário

REGIME DE TRABALHO SEMANAL

☐ 20 horas	☐ 25 horas	☐ 30 horas	☐ 40 horas	☐ DE

Declaro, sob as penas da lei, junto ao Instituto Federal Catarinense, para fins de controle de Acumulação de Cargos/Proventos e/ou Pensão, que, na presente data:

1 - Ocupo outro cargo/função/emprego **PÚBLICO**, nos termos do Art. 37, XVI e XVII, da CF/88?

☐ **NÃO**

☐ **SIM -** CARGO: _____

ÓRGÃO: _____

Em caso afirmativo, anexar declaração do outro órgão público, em papel timbrado, discriminando:

a) CARGO EXERCIDO: _____

b) CARGA HORÁRIA: _____

c) HORÁRIO DE TRABALHO SEMANAL: _____

2 - Exerço atividade remunerada na iniciativa privada / profissional liberal /autônomo.

☐ **NÃO**

☐ **SIM -** CARGO: _____

INSTITUIÇÃO: _____

Em caso afirmativo, anexar declaração da Instituição, em papel timbrado, discriminando:

a) CARGO EXERCIDO: _____

b) CARGA HORÁRIA: _____

c) HORÁRIO DE TRABALHO SEMANAL

3- Sou aposentado(a) em outro cargo/função/emprego **PÚBLICO** e/ou pensionista, nos termos do Art. 118, § 3º da Lei nº 8112/90 e do Art. 37, § 10 da CF/88.

☐ **NÃO**

☐ **SIM** - Anexar cópia da Portaria de Aposentadoria e/ou comprovante de recebimento de pensão.

4- Participo de gerência ou administração de sociedade privada (Inciso X do artigo 117, da Lei nº 8.112/90.

☐ **NÃO**

☐ **SIM** - Anexar cópia contrato social.

5- Fui contratado com fundamento na Lei nº 8.745/93 nos últimos 24 (vinte e quatro) meses.

☐ **NÃO**

☐ **SIM** - Anexar cópia contrato de prestação de serviços.

6- Possuo vínculo de parentesco no serviço público (Decreto nº 7.203, de junho de 2010).

☐ **NÃO**

☐ **SIM**

Em caso afirmativo:

Esfera / órgão: _____

Grau de parentesco: _____

Nome do parente: _____

Estou ciente de que em qualquer situação que venha a modificar o conteúdo deste formulário, deverá ser imediatamente informado à administração, sob penas contidas na Lei nº 8.112/90.

_____ ____/____/____
(local e data)

_____
assinatura do(a) servidor(a)

Rua das Missões, 100 – Ponta Aguda
Blumenau/SC – CEP: 89.051-000
(47) 3331-7800 / ifc@ifc.edu.br