

FORMULÁRIO PARA POSSE EM CARGO EFETIVO

1. DADOS PESSOAIS:

1.1. Nome Completo:

1.2. Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) Amasiado (a) Separado (a) ou Divorciado (a) Viúvo (a)

1.3. CPF:

1.4. RG:

1.5. Endereço:

1.6. Nº:

1.7. Bairro:

1.8. Cidade:

1.9. CEP:

1.10. Nacionalidade:

1.11. Naturalidade:

1.12. Se estrangeiro, data da chegada:

1.13 Casado (a) com brasileiro (a):

 Sim Não

1.14. Raça/cor:

1.15. Telefone (s):

1.16. Escolaridade:

 Fundamental Médio Superior Pós-Graduação Mestrado Doutorado

1.17. E-mail:

1.18. É portador de deficiência?

 Sim Não

Se sim, qual?

Conta Bancária: ITAÚ. 1.19. Agência:

1.20. Nº da Conta:

1.21. Cargo para o qual fui nomeado:

Carga Horária Mensal

horas.

2. DECLARAÇÕES PARA POSSE E EXERCÍCIO:

2.1. Possui outro vínculo público (autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público)?

Não possuirei outro vínculo público na data de efetivo exercício no cargo para o qual fui nomeado

Possuirei vínculo com o Órgão/Entidade

cargo/emprego/função de:

, com jornada semanal de

horas, exercidas

nos dias: Domingo Segunda-feira Terça-feira Quarta-feira Quinta-feira Sexta-feira Sábado

no horário de

a

horas. Possui extensão de carga horária?

 Sim Não

. Carga horária atual

h.

Obs.: Estes campos devem ser preenchidos também pelo candidato que for acumular remuneração de cargos públicos, bem como pelo que estiver na condição de licenciado/afastado de suas atribuições).

2.2. Recebe auxílio-doença ou aposentadoria? Não recebo Recebo auxílio-doença Recebo aposentadoria

O benefício é pago pelo seguinte órgão/entidade: , desde de

2.3. O benefício decorre do meu vínculo com (caso receba um dos benefícios do item anterior)

Órgão/entidade da Administração Direta ou Indireta (autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público).

Outros:

2.4. Atuo com Sócio/Administrador, empresário individual, micro empreendedor ou sócio cotista, acionário, comanditário de empresa privada desempenhando função de gerência/administração?

Sim Não

2.5. Declaro estar ciente do inciso X do art. 181, da Lei Complementar nº 09 : “Ao servidor é proibido: (...) X – participar de gerência ou de administração de empresa privada, de sociedade civil, ou exercer comércio e, nessa qualidade, transacionar com o Município” e:

não incorro nas proibições constantes no inciso mencionado acima

incorro nas proibições constantes no inciso mencionado acima.

2.6. Declaro, ainda, que:

não fui demitido(a), exonerado(a) ou dispensado(a) de cargo, emprego ou função pública em órgãos da administração direta ou indireta federal, estadual ou municipal, em virtude de penalidade disciplinar.

fui demitido(a), exonerado(a) ou dispensado(a), em em virtude de penalidade disciplinar, do órgão/entidade .

Obs.:

2.7. Declaro para fins de efetivação de minha posse em cargo público, ter disponibilidade de horário para cumprir a jornada de trabalho diária inerente ao cargo para qual fui nomeado.

3. CURRÍCULO

3.1. Experiência Acadêmica

3.1.1. Graduações

Área	Ano de Conclusão

3.1.2. Cursos de pós-graduação lato sensu ou stricto sensu em áreas afins ao(s) próprio(s) curso de graduação:

Área	Ano de Conclusão

3.1.3. Cursos de média duração (entre 60 e 360 horas) em áreas afins ao(s) próprio(s) curso de graduação:

Área	Ano de Conclusão

3.2. Experiência Profissional (Descreva sua experiência trabalhista dos últimos empregos (do mais antigo até o atual):

Descrição	Período

3.3. Comentário e observações (Registre aqui aspectos de sua experiência pessoal ou profissional e considere a maneira pela qual você entende que ela poderá ser aproveitada neste órgão).

4. RELAÇÃO DE BENS E VALORES (a descrição dos bens e valores pode ser substituída pela Declaração de Imposto de Renda):

Não possuo bens

Possuo bens em meu nome (descritos a seguir):

4.1. Tipo de Bem:

Valor aproximado: Data da aquisição:

4.2. Tipo de Bem:

Valor aproximado: Data da aquisição:

4.3. Tipo de Bem:

Valor aproximado: Data da aquisição:

4.4. Tipo de Bem:

Valor aproximado: Data da aquisição:

4.5. Tipo de Bem:

Valor aproximado: Data da aquisição:

5. ENCARGOS FAMILIARES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA:

não possuo dependentes para efeito de Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)

possuo dependentes para efeito de Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)

5.1. Descrição dos Dependentes para IRRF ([informação sobre quem são considerados dependentes, clique aqui](#)):

5.1.1. Nome do dependente:

Parentesco: Data de nascimento: CPF (Obrigatório):

RG: Órgão emissor do RG PIS:

Estado civil: Sexo: Telefone:

Endereço:

Naturalidade: E-mail:

Título de eleitor: Número, Zona e Seção

Possui incapacidade física ou mental para o trabalho : Sim Não Se sim, qual?

5.1.2. Nome do dependente:

Parentesco: Data de nascimento: CPF (Obrigatório):

RG: Órgão emissor do RG PIS:

Estado civil: Sexo: Telefone:

Endereço:

Naturalidade: E-mail:

Título de eleitor: Número, Zona e Seção

Possui incapacidade física ou mental para o trabalho : Sim Não Se sim, qual?

5.1.3. Nome do dependente:

Parentesco: Data de nascimento: CPF (Obrigatório):

RG: Órgão emissor do RG PIS:

Estado civil: Sexo: Telefone:

Endereço:

Naturalidade: E-mail:

Título de eleitor: Número, Zona e Seção

Possui incapacidade física ou mental para o trabalho : Sim Não Se sim, qual?

5.1.4. Nome do dependente:

Parentesco: Data de nascimento: CPF (Obrigatório):

RG: Órgão emissor do RG PIS:

Estado civil: Sexo: Telefone:



**SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO. GESTÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA – SEPLAG
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS
GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS**

Avenida Paraná, nº 2.601, sala 307 – Bairro São José – Divinópolis, Minas Gerais – CEP: 35.501-170
(37) 3229-8154 e (37) 3229-8155 – semad.contratacao@divinopolis.mg.gov.br

Endereço:

Naturalidade: E-mail:

Título de eleitor: Número, Zona e Seção

Possui incapacidade física ou mental para o trabalho : Sim Não Se sim, qual?

5.1.5. Nome do dependente:

Parentesco: Data de nascimento: CPF (Obrigatório):

RG: Órgão emissor do RG PIS:

Estado civil: Sexo: Telefone:

Endereço:

Naturalidade: E-mail:

Título de eleitor: Número, Zona e Seção

Possui incapacidade física ou mental para o trabalho : Sim Não Se sim, qual?

- Declaro mais, sob as penas da lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à fonte pagadora qualquer responsabilidade perante a fiscalização.
- Declaro para os devidos fins de direito que as informações prestadas em todos os itens deste formulário são verídicas, estando ciente das penalidades previstas no Art. 298 e 299 do Código Penal.

“Art. 298 – Falsificar, no todo ou em parte, documento particular ou alterar documento particular verdadeiro:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, equipara-se a documento particular o cartão de crédito ou débito.

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se à pena de sexta parte.”

Divinópolis, data da assinatura digital

(Assinatura digital do candidato)