

FORMULÁRIO PARA CONTRATAÇÃO:

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. Endereço:

1.5. Nº: 1.6. Bairro: 1.7. Cidade:

1.8. CEP: 1.9. Nacionalidade: 1.10. Naturalidade:

1.11. Se estrangeiro, data da chegada: 1.11.1. Casado (a) com brasileiro (a): ☐ Sim ☐ Não

1.12. Raça/cor: 1.13. Telefone (s):

1.14. Escolaridade: ☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior ☐ Pós-Graduação ☐ Mestrado ☐ Doutorado

1.15. E-mail:

1.16. É portador de deficiência? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual?

Conta Bancária: ITAÚ. 1.17. Agência: 1.18. Nº da Conta:

1.19. Cargo para o qual fui nomeado: Carga Horária Mensal horas.

2. DECLARAÇÕES PARA 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 possuo vínculo.

☐ 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 contratação em cargo público, ter disponibilidade de horário para cumprir a jornada de trabalho diária inerente ao cargo para qual fui contratado.

2.8.1. Cargo pretendido:

2.8.2. Unidade Escolar:

2.8.3. Usuário Betha:

3. CURRÍCULO

3.1. Experiência Acadêmica

3.1.1. Graduações

Área	Ano de Conclusão
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Descrição	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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):

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):

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):

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):

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?

5.1.5. Nome do dependente:

Parentesco: Data de nascimento: CPF (Obrigatório):

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)



**PREFEITURA DE
DIVINÓPOLIS**

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

Avenida Paraná, nº 2.601, sala 310 – Bairro São José – Divinópolis, Minas Gerais – CEP: 35.501-170
(37) 3229-6528 (WhatsApp) – semad.contratacao@divinopolis.mg.gov.br
