

DADOS PARA ADMISSÃO

NOME: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO(escolaridade): _____

CURSO: _____

COR: 1 - () Indígena 2 - () Branca 3 - () Preta 4 - () Amarela 5 - () Parda

CABELO: 1 - () Castanho 2 - () Castanho Claro 3 - () Louro 4 - () Ruivo 5 - () Preto

OLHOS: 1 - () Castanho 2 - () Castanho Claro 3 - () Azul 4 - () Verde 5 - () Preto

PESO: _____ ALTURA: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____ CELULAR: _____

TIPO SANGUÍNEO: _____ EMAIL: _____

DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO CARGOS PÚBLICOS OU PROVENTOS

Eu _____
brasileiro(a), (estado civil) _____, residente e domiciliado
(Rua/Av.) _____
(bairro) _____ em (cidade) _____ Paraná,
portador (a) da Cédula de Identidade nº _____, declaro para fins de investidura no
cargo de _____ cujo a jornada de trabalho é
de: _____ horas semanais.

1. Exerço outro cargo, função ou emprego público remunerado. SIM () NÃO ()

Exerço o cargo, função ou emprego público de _____ junto ao órgão do
(a) _____, no horário das _____: _____ às _____: _____, com carga horária
semanal de _____ horas, percebendo remuneração bruta no valor de R\$ _____.

Exerço o cargo, função ou emprego público de _____ junto ao
órgão do (a) _____ no qual me
comprometo a estar exonerado até a data de exercício do novo cargo.

2. Já fui demitido(a) do serviço público em período inferior a (5) cinco anos.

SIM () NÃO ()

3. Recebo proventos decorrentes de aposentadoria de cargo, função ou emprego público.

SIM () NÃO ()

Declaro, ainda, estar ciente da proibição de acumulação remunerada de cargos públicos, em conformidade ao disposto no artigo 37, inciso XVI e XVII e § 10º da Constituição Federal, bem como das implicações criminais por falsa declaração, conforme o artigo 299 do Código Penal. Comprometo-me, também, a comunicar de imediato o Departamento de Recursos Humanos do Cisa, qualquer alteração na situação acima que não atenda aos dispositivos legais. Por ser expressão da verdade, dato e assino o presente.

Umuarama _____/_____/_____

Assinatura do Declarante

| NOME DO DECLARANTE: | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------|-----|----------|----------|
| CARGO: | | | | | |
| Nº ORDEM | NOME COMPLETO DO DEPENDENTE | RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA (*) | CPF | S.F (**) | I.R (**) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(*) Relação de dependência: Cônjuge, Filho, Pai, Mãe, Menor sob guarda, etc... (**) Salário-Família / Imposto de Renda

| | |
|-----|--|
| () | DECLARO, sob penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo ao Consórcio Intermunicipal de Saúde CISA/AMERIOS 12º R.S., quaisquer responsabilidades perante a fiscalização da Secretaria da Receita Federal (SRF). Ciente da proibição da dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges, declaro, sob as penas da Lei, que as informações são verdadeiras. |
| () | DECLARO sob às penas da Lei, para fins de configuração de dependência econômica, que os meus dependentes acima relacionados não percebem rendimentos de trabalho ou de qualquer outra fonte, inclusive pensão ou proventos de aposentadoria, em valor igual ou superior ao salário mínimo. DECLARO ainda, que me comprometo a comunicar o Cisa, no Departamento de Recursos Humanos, caso algum dos dependentes econômicos venha a perceber posteriormente, alguma remuneração de qualquer fonte pagadora. E, por ser verdade firmo a presente declaração, sujeitando-me às penas do artigo 299 do Código Penal Brasileiro. |

OBSERVAÇÕES:

1 – É da responsabilidade do servidor e/ou declarante, sempre que houver alteração da situação de dependência, informar a ocorrência à Diretoria de Pagamento de Pessoal.

2 – Cada vez que a situação for informada, todos os dependentes devem ser relacionados, incluindo - se os novos e excluindo-se aqueles que deixarem de ter essa condição, de acordo com as normas legais.

Umuarama – PR _____ / _____ / _____

Assinatura do Declarante

