



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO

Finalidade da Declaração:		
<input type="checkbox"/> Posse/Contratação		
<input type="checkbox"/> Aposentadoria		
<input type="checkbox"/> Mudança de Regime de Trabalho		
<input type="checkbox"/> Afastamento		
<input type="checkbox"/> Auditoria		
Identificação do Servidor:		
Nome:		
RG:	CPF:	
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone:	E-mail:	
Vínculo com o IFPB:		
Cargo:	Siape:	
Regime de Trabalho:	Campus:	
<input type="checkbox"/> 20h		
<input type="checkbox"/> 30h		
<input type="checkbox"/> 40h		
<input type="checkbox"/> 40h com Dedicção Exclusiva		
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
Local de Exercício:		
Outros Vínculos:		
Exerce outros cargos, empregos ou funções na Administração Pública federal, estadual, municipal, autárquica, fundacional, empresa pública, sociedade de economia mista ou empresas privadas?		
<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		
Em caso afirmativo, informe os seguintes dados:		
Órgão ou Empresa:		
Cargo:	Cargo em Comissão?	
Regime de Trabalho:	Carga Horária:	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
Lotação:	Cidade:	
Vínculo empregatício:		
<input type="checkbox"/> Estatutário		
<input type="checkbox"/> CLT		
<input type="checkbox"/> Outro _____		
Exerce atividade empresarial?		
<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		
Em caso afirmativo, informe os seguintes dados:		
Empresa:		
CNPJ:	Telefone:	



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS



Vínculo: <input type="checkbox"/> Empresário Individual <input type="checkbox"/> Sócio Administrador <input type="checkbox"/> Sócio Cotista	
É aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Em caso afirmativo, informe os seguintes dados:	
Órgão ou Empresa:	
Cargo:	Carga Horária:
Nível de Escolaridade do Cargo:	
Fundamentação Legal:	
Ato de aposentadoria:	Data de aposentadoria:
Área de Atuação:	
É beneficiário de pensão civil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Em caso afirmativo, informe os seguintes dados:	
Órgão:	
Grau de parentesco com o instituidor:	
Tipo de pensão:	Data da Concessão:
Fundamentação Legal:	
Exerce atividade de profissional liberal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Observações:	

Estou ciente de que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração é verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.
Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

_____, ____ de _____ de _____

Documentos a serem apresentados:

- RG e CPF – Original e Cópia
- Carteira de Trabalho e Previdência Social – Original e Cópia
- Em caso de Servidor Público possuir outro emprego, apresentar declaração da empresa/instituição contendo a carga horária semanal dos serviços prestados, cargo e lotação.