

DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS E EMPREGOS PÚBLICOS

Eu, _____,
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____,
portador(a) do RG nº _____, e inscrito no CPF sob o nº _____,
residente e domiciliado(a) à _____

declaro, sob as penas da lei, junto a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) que:

☐ NÃO POSSUO nenhum outro vínculo no Serviço Público, quer seja na esfera Federal, Estadual ou Municipal, quer seja na Administração Direta ou Indireta, cuja acumulação seja vedada com o cargo o qual estou ocupando, conforme estabelece o *caput* do inciso XVI, do Artigo 37, da Constituição Federal.

☐ POSSUO outro vínculo no Serviço Público, conforme especificado abaixo:

Esfera: ☐ Federal; ☐ Estadual; ☐ Municipal;

Tipo de vínculo: ☐ Efetivo; ☐ Comissionado; ☐ Temporário;

Situação Funcional: ☐ Ativo; ☐ Inativo; ☐ Outro: _____

_____;

Órgão: _____;

Cargo: _____.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante.