



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome Completo:	CPF:
E-mail:	Telefone:

Em conformidade com o inciso XVI do artigo 37 da Constituição Federal e Emenda Constitucional nº 34, de 14 de dezembro de 2001, declaro, para fins de investidura no cargo/emprego público de _____, com jornada de trabalho de _____ horas semanais na 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 o cargo/emprego/função de _____, pertencente do Órgão _____, no Município/Estado _____, lotado no(a) _____ sob a matrícula nº _____, com jornada de trabalho de _____ horas semanais.

Observação: _____

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante