



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

**DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO INDEVIDA
DE CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO PÚBLICO E COMPATIBILIDADE DE
HORÁRIOS**

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, e inscrito no CPF sob o nº _____, tenho intuito de ser nomeado no cargo _____, símbolo _____, pertencente à estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e, DECLARO, sob as penas da lei, junto a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) que:

NÃO EXERÇO, em acumulação remunerada, qualquer outro Cargo, Emprego ou Função Pública, no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, abrangendo autarquias, fundações, empresas públicas, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente pelo Poder Público, conforme estabelece o *caput* do inciso XVI, do Artigo 37, da Constituição Federal.

EXERÇO cargo(s) público(s), função(es) ou emprego(s) conforme descrito abaixo:

I. _____ no órgão _____, tipo de vínculo _____ com situação funcional _____ cuja jornada de trabalho é de _____ às _____ horas, com uma carga horária semanal de _____.

II. _____ no órgão _____, tipo de vínculo _____ com situação funcional _____ cuja jornada de trabalho é de _____ às _____ horas, com uma carga horária semanal de _____.

Declaro ser possível compatibilizar o horário deste(s) com o cargo para o qual tenho intuito em ser nomeado(a) da seguinte forma:

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante