



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (48) 3721-2430

1 / 2

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS E VÍNCULO SOCIETÁRIO

NOME		
SIAPE	MATRÍCULA UFSC	ADMISSÃO
CARGO		
LOTAÇÃO		
LOCALIZAÇÃO		
FUNÇÃO	REGIME DE TRABALHO	
HORÁRIO		

Em consonância com o disposto nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal e dos artigos 118 § 1º e 2º, 119 e 120 da Lei nº 8.112 de 11 de novembro de 1990, com redação dada pela Lei nº 9.527 de 10 de dezembro de 1997, e em face do contido no Decreto nº 2.027 de 11 de outubro de 1996,

declaro que

EXERÇO

NÃO EXERÇO

cargo ou emprego público efetivo na Administração Pública Direta, nas Autarquias, nas Fundações mantidas pelo Poder Público, nas Empresas Públicas e nas Sociedades de Economia Mista.

Em caso positivo preencher o quadro abaixo:

ÓRGÃO/EMPRESA:		
CARGO		ADMISSÃO
REGIME DE TRABALHO: () 40h () 30h () 25h () 24h () 20h () DE () Outra:	ÁREA () Médico () Saúde () Magistério () Outra:	UF
HORÁRIO:		
Para tanto, faço juntada da declaração do Órgão onde ocupo outro cargo/emprego/função.		

Declaro que

EXERÇO

NÃO EXERÇO

vínculo empregatício remunerado em empresa privada.

Em caso positivo preencher o quadro abaixo:

EMPRESA PRIVADA:		
CARGO		ADMISSÃO
REGIME DE TRABALHO: () 40h () 30h () 25h () 24h () 20h () DE () Outra:		
HORÁRIO:		
Para tanto, faço juntada da cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) ou outro documento comprobatório de vínculo.		



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (48) 3721-2430

2 / 2

Declaro que		<input type="checkbox"/> PERCEBO	<input type="checkbox"/> NÃO PERCEBO
proventos decorrentes de aposentadoria inacumulável com o cargo exercido na UFSC ou que tomarei posse.			
Em caso positivo preencher o quadro abaixo:			
ÓRGÃO/EMPRESA QUE CONCEDEU APOSENTADORIA			
CARGO			
PORTARIA			PUBLICAÇÃO
ÁREA	() Médico () Saúde () Magistério () Outra:		UF
Para tanto, faça juntada da cópia de contracheque recente ou outro documento comprobatório de vínculo.			

Conforme o disposto no inciso X do art. 117 da Lei 8.112 de 11 de novembro de 1990, com redação dada pela Lei 11.094 de 13 de janeiro de 2005,			
declaro que:		<input type="checkbox"/> PARTICIPO	<input type="checkbox"/> NÃO PARTICIPO
do quadro societário de sociedade privada, de gerência ou administração de sociedade privada personificada ou não personificada.			
Em caso positivo preencher o quadro abaixo:			
NOME DA EMPRESA			CNPJ
TIPO DE PARTICIPAÇÃO			
<input type="checkbox"/> Sócio Acionista	<input type="checkbox"/> Sócio Cotista	<input type="checkbox"/> Sócio Comandatário	<input type="checkbox"/> Sócio Administrador
Para tanto, faça juntada da cópia do Contrato Social ou outro documento comprobatório de vínculo.			

Comprometo-me a comunicar ao Departamento de Administração de Pessoal/DAP/SEGESP qualquer alteração que vier a ocorrer em minha vida funcional que não atenda aos dispositivos legais previstos para os casos de acumulação de cargos.	
Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal e que por ele responderei, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste momento.	
Florianópolis,	<input type="text"/>
<hr/>	
Assinatura do servidor	