

Nome:	
Denominação do Cargo:	
Titulação do Cargo: ( ) Superior ( ) Técnico / Médio ( ) Fundamental	C. H. Semanal: ( ) DE ( ) 40 Horas ( ) 30 horas ( ) 20 Horas
Instituição:	Campus de Lotação:
Data da Nomeação:	Área de Atuação: ( ) Médico ( ) Saúde ( ) Magistério ( ) Técnico-Administrativo
OBS: O regime de Dedicção Exclusiva impede o docente de manter quaisquer outros vínculos profissionais remunerados, seja na iniciativa pública ou privada (Lei nº. 12.772/2012).	

**DECLARO**, em observância às disposições legais vigentes e para fins de comprovação perante o INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO, que:

( ) **NÃO** ocupo outro cargo/emprego/função na Administração Direta, em Altarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e controladas, Fundação mantida pelo poder público ou outra entidade que se ache sob seu controle diretor, quer no âmbito Federal, Estadual, Municipal e, ainda, no setor Privado.

( ) **NÃO** participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, não exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário, nos termos do Art. 117, Inciso X, da Lei nº. 8.112/1990.

( ) **OCUPO** outro cargo/emprego/função pública ou privada de:

Cargo:	
Nome da Entidade:	UF:
Órgão: ( ) Federal ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) Privado	Área de Atuação: ( ) Médico ( ) Saúde ( ) Magistério ( ) Técnico-Administrativo
C. H. Semanal: ( ) 40 Horas ( ) 30 horas ( ) 20 Horas ( ) Outro: _____	Jornada de Trabalho: Preencher o Quadro de Horário no verso deste documento.
Data do Ingresso:	Escolaridade do Cargo: ( ) Superior ( ) Técnico / Médio ( ) Fundamental
OBS: Apresentar Termo de Responsabilidade (Portaria Normativa SRH nº. 02/2011) e Declaração da Instituição que se trabalha, constando local, jornada de trabalho e carga horária semanal.	

( ) **PERCEBO** aposentadoria:

Cargo que deu origem à aposentadoria:	
Nome da Entidade:	UF:
Fundamento Legal:	Ato Legal da Aposentadoria:
Órgão: ( ) Federal ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) Privado	Área de Atuação: ( ) Médico ( ) Saúde ( ) Magistério ( ) Técnico-Administrativo
C. H. Semanal: ( ) 40 Horas ( ) 30 horas ( ) 20 Horas ( ) Outro: _____	Data da vigência:
Escolaridade do Cargo: ( ) Superior ( ) Técnico / Médio ( ) Fundamental	
OBS: Apresentar Termo de Responsabilidade (Portaria Normativa SRH nº. 02/2011).	

( ) **PERCEBO** pensão:

Nome da Entidade:	
Órgão: ( ) Federal ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) Privado	UF:
Grau de parentesco com o instituidor de pensão:	
Tipo e Fundamentação legal da pensão:	Data de início da concessão:
OBS: Apresentar Termo de Responsabilidade (Portaria Normativa SRH nº. 02/2011) e Comprovar a dependência econômica na data do óbito do instituidor.	

**DECLARO** que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo para o qual fui empossado.

**DECLARO** ter conhecimento de que é minha obrigação compatibilizar os horários em caso de acumulação lícita e que o interesse público sempre deverá se sobrepôr a interesses pessoais e privados, devendo adequar-me às necessidades desta Instituição.

**DECLARO**, ainda, estar ciente de que **prestar declaração falsa é crime previsto no Art. 299, do Código Penal Brasileiro**, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

**COMPROMETO** comunicar ao IFPE quaisquer alterações nesta situação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

QUADRO DE HORÁRIO															
HORÁRIO NO IFPE							HORÁRIO DA ACUMULAÇÃO								
Turno	Hora	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Turno	Hora	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab
	M A N H Ã									M A N H Ã					
T A R D E								T A R D E							
N O I T E								N O I T E							

**LEGENDA:** Use “S” para atividades em sala de aula, “P” para atividades paradocentes e “A” para atividades administrativas.  
**OBSERVAÇÃO:** No preenchimento do horário deve constar a carga horária conforme o regime de trabalho (20 horas / 40 horas / DE).

**PARECER DA COMISSÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS**  
**PORTARIA Nº. 530/2016-GR**

Com base nas informações prestadas, a acumulação de cargos declarada pelo servidor:

- ( ) encontra amparo legal.
- ( ) Acumula cargos lícitamente.
- ( ) Acumula cargos ilícitamente

**Fundamentação:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
**Localidade**

\_\_\_\_\_  
 Presidente da Comissão

\_\_\_\_\_  
 Membro

\_\_\_\_\_  
 Membro

\_\_\_\_\_  
 Membro