

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

DECLARAÇÃO DE CARGOS / EMPREGOS OU ATIVIDADES DE TRABALHO

Nome:	Cargo	Matrícula SIAPE
e-mail	Telefone	

Cargos, Empregos ou atividades Públicas/Privadas	Entidade Empregadora ou Trabalho autônomo	Regime Jurídico		Início do Exercício
		Do Órgão	Do servidor	
1				/ /
2				/ /
3				/ /
4				/ /

Este campo deverá ser preenchido obedecendo à precedência do emprego público

Regime de Trabalho Semanal (nº de horas)		Horário	Dias da Semana
Plantão	Diário		
1			
2			
3			
4			

No cargo de Magistério está sujeito de Regime de:	Exerce Cargo de Direção, Função Gratificada ou FCT?
() Dedicção Exclusiva	Qual? _____
() Carga Horária de 40 horas semanais	_____
() Carga Horária de 20 horas semanais	ÓRGÃO _____

Disponibilidade: ()	Aposentadoria: Não () Sim ()	Cargo: _____
		Data ____/____/____ Órgão _____
		Estatutária () Por tempo de Serviço ()
		Previdenciária () Por invalidez () Compulsória ()
É Militar? Não () Sim ()	Reserva () Ativa ()	Qual Corporação e Posto _____
() Remunerada	() Por tempo de Serviço	
() Não Remunerada	() Por invalidez	

Declaro que é de meu conhecimento que qualquer omissão ou informação incorreta constituirá em Má Fé, e ainda que não exerço outro emprego ou atividade remunerada em qualquer entidade de direito público ou privado ou como autônomo estando ciente do que dispõe o art. 299 do Código Penal: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: PENA – Reclusão, de 01 a 05 anos..."

Local e Data	Assinatura do Declarante
--------------	--------------------------

