



PREFEITURA DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS/ DISPONIBILIDADE

Declaro, para os fins do contido nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal e da Lei Complementar nº 03 de 04 de Dezembro de 1991 – Estatuto dos Servidores Públicos Municipais, e do Edital 001/2011 ao qual dá provimento de vagas para o quadro de servidores da **PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS – MT**, **que não acúmulo cargo público, nem tão pouco outro que possa interferir e ou atrapalhar o transcorrer do labor dentro da carga horária estabelecida pela administração.**

Declaro ainda estar ciente da carga horária de _____ **h semanais** prevista em concurso, e que cumprirei diariamente, nos horários a serem designados pela Secretaria/Chefia Imediata.

_____ de _____ de _____.

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE			
NOME:		MATRICULA/RG:	
CPF		ORGÃO:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO	MUNICIPIO	UF	CEP
		TELEFONE()	

Declaro sob pena do Art. 299 da Lei 2.848/1940.

À CARGO DO ÓRGÃO DE RECURSOS HUMANOS

Obs. _____

BARRA DO GARÇAS – MT, _____ DE _____ DE _____



PREFEITURA DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____ nascido em _____
_____, residente e domiciliado a,
_____, inscrito no

CPF nº _____ RG, _____,
profissão, _____, declaro para os fins de ingresso na
Administração Pública Municipal que até a presente data o meu patrimônio é de:

- 1). _____ Valor _____
- 2). _____ Valor _____
- 3). _____ Valor _____
- 4). _____ Valor _____
- 5). _____ Valor _____
- 6). _____ Valor _____
- 7). _____ Valor _____

Sendo o que havia a declarar e por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração sob pena do Art. 299 da Lei 2.848/1940.

Nome: _____



PREFEITURA DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA.

Eu, _____ nascido em
_____, residente e domiciliado a,
_____, inscrito no
CPF nº _____ RG, _____,
profissão, _____, declaro para os fins de ingresso na
Administração Pública Municipal que meu endereço residencial é o acima declarado **conforme cópia
comprovante de Água ou Energia Elétrica em anexo.**

Sendo o que havia a declarar e por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração sob pena do Art. 299
da Lei 2.848/1940.

Nome: _____

Visto RH:



PREFEITURA DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



BARRA DO GARÇAS – MT, _____ DE _____ DE _____.

DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA

Eu, _____ nascido em _____, residente e domiciliado a, _____, inscrito no CPF nº _____ RG, _____, profissão, _____, declaro para os fins de ingresso na Administração Pública Municipal que não fui em tempo algum demitido do Serviço Público por justa causa ou em decorrência de processo administrativo ou criminal, nem ter sofrido penalidade por prática de atos desabonadores em quaisquer das esferas de governo.

Sendo o que havia a declarar e por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração sob pena do art. 299 da Lei 2.848/1940.

Nome: _____

Visto RH:



PREFEITURA DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS - MT

FICHA CADASTRAL – RH

Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____

Pai: _____

Mãe: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade Brasileira () Estrangeira ()

CPF: _____ RG: _____ Órgão: _____ Data Exp: ____/____/____

PIS/PASEP: _____ CTPS nº: _____ Série _____ Data Exp: ____/____/____

Título Eleitor: _____ Seção: _____ Zona: _____ Data Exp: ____/____/____

Tipo Sanguíneo: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP _____ Complemento: _____

Nº Conta Corrente: _____ Banco: _____ Agência _____

Cidade: _____ Estado: _____

Grau de Escolaridade _____

Matricula Funcional: _____ Admissão ____/____/____ Concurso () NÃO ()

Cargo : _____ Vínculo: _____

Função Atual: _____ Órgão de Lotação: _____

Telefone fixo: _____ **Celular:** _____ **Outros:** _____

Estado Civil: _____ Cônjuge _____

CPF DO Cônjuge: _____ Data Nascimento: ____/____/____

DEPENDENTES

01 -Nome: _____ D. Nasc. ____/____/____

Grau de Parentesco: _____ CPF _____

02 -Nome: _____ D. Nasc. ____/____/____

Grau de Parentesco: _____ CPF _____

03 -Nome: _____ D. Nasc. ____/____/____

Grau de Parentesco: _____ CPF _____

Observações: _____

Secretaria realizadora do cadastramento: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Responsável ou Supervisor: _____

Assinatura do servidor



PREFEITURA DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Barra do Garças – MT ____/____/____

SITE PARA IMPRESSÃO DAS CERTIDÕES NEGATIVAS

***Certidão de 1º grau**

Imprimir no verso autenticidade

E

***Certidão de 2º grau**

Imprimir no verso autenticidade

www.tjmt.jus.br/servicos/certidaonegativa

***Certidão negativa Tribunal Regional Federal da 1ª Região**

Imprimir no verso autenticidade

www.trf1.jus.br/servicos/certidao

*** CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL**
IMPRIMIR NO VERSO AUTENTICIDADE

www.tse.jus.br/certidao