

PROGRAMA ESTADUAL DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA EM DECORRÊNCIA DACOVID-19 (QUALIFICA COVID)

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

Nome: _____

Local de atuação do bolsista no Programa Qualifica COVID:

Cargo:

() Agente Administrativo

() Cirurgião Dentista

() Enfermeiro

() Farmacêutico

() Médico

() Técnico em Enfermagem

() Técnico em Laboratório

Carga horária: () 20 horas () 30 horas () 36 horas () 40 horas

() **Declaro que NÃO recebo outros rendimentos ou proventos, oriundos de órgãos públicos, privados ou decorrentes de atividade autônoma.**

() Declaro que recebo outros rendimentos ou proventos, oriundos de órgãos públicos, privados ou decorrentes de atividade autônoma descritos abaixo, e que não há incompatibilidade de horários com a função a ser desenvolvida.

a) Cargo/emprego ou função: _____

b) órgãos públicos / privados: _____

c) Cidade/UF: _____ / _____

d) Carga horária semanal: _____

Estou ciente de que:

a) É vedada a acumulação remunerada de cargos, exceto, quando houver compatibilidade de horários conforme Art. 37 da Constituição Federal, item XVI.

b) Sendo que a falsa declaração à quaisquer termos deste documento caracteriza-se com crime nos termos da lei, a qual estarei sujeito (a), independentemente das sanções administrativas aplicáveis. (Art. 299 do Código Penal – Decreto Lei 2848/40).

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras, pelas quais assumo plena e total responsabilidade, comprometendo-me a comunicar imediatamente quaisquer alterações posteriores.

Data: ____/____/____

Assinatura