**ANEXO III**

**TERMO DE DESISTÊNCIA**

Considerando que fui convocado(a) para ocupar a vaga disponível no PSS- Secretaria Municipal de Educação nº01/2021, para contratação na função temporária de professor, Cargo venho pelo presente declarar que não tenho interesse no momento em assumi-la e cedo minha vaga ao próximo da lista de classificados.

Data: Nome: Assinatura:

## ANEXO IV

DECLARAÇÃO ACÚMULO OU NÃO DE CARGO/EMPREGO

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para investidura no cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do quadro de emprego público de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 ( ) Não exerço nenhum cargo público (função ou emprego em Entidades Federais. Estaduais ou Municipais), bem como Autarquias, Empresas Públicas ou de Economia Mista e em Fundações Públicas.

( ) Exerço o (s) cargos (s) público (s), função (es) ou emprego (s) abaixo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cuja jornada de trabalho é de \_\_\_\_\_\_\_\_\_horas semanais, das\_\_\_\_as\_\_\_\_\_\_\_, junto a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. .Declaro, ainda, que tomei conhecimento do inteiro teor das normas abaixo transcritas e 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 ingressarei.

Fernandes Pinheiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO, OU NÃO, DE PROVENTOS DE INATIVIDADE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para investidura no cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do quadro da (o) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_que:

( ) Não percebo proventos de inatividade, seja pela União, pelos Estados ou pelos Municípios.

( ) Percebo proventos de inatividade na(s) seguinte(s) esfera(s):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por ser verdade, assino a presente declaração, para fins de validade.

Fernandes Pinheiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

**ANEXO VI**

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

|  |
| --- |
| Nome: |
|  |
| RG UF: CPF: |
| Data de Nascimento: \_ /\_ /\_ \_ Sexo: \_  |
|  |
| Função Pretendida:( )PROFESSOR ( )EDUCADOR INFANTIL |
| **PARECER MÉDICO EXAMINADOR**Atesto que o candidato acima descrito foi submetido a Exame Médico e encontra-se:( ) APTO para exercer a função de , gozando de plena saúde física mental, e não se enquadra no grupo de risco do Coronavírus  ( ) INAPTO para exercer a função de . |
| No caso de gestante, informar: A gestante encontra-se na semana de gestação (Grupo de risco conforme nota técnica 01/2021- MPT)Local: Data: \_/\_ / /2021 \_ Médico Examinador Assinatura e CarimboPara preenchimento do candidato na data de sua contrataçãoEu, \_ \_ , RG: \_ \_ Declaro que nesta data de início do meu contrato de trabalho pelo regime especial permaneço em plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual estou sendo contratado.Local e data: \_, \_ \_ de \_de . Asssinatura do candidato \_ \_ |

ANEXO VII

**MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Nome:

RG UF:

CPF:

Data de Nascimento: \_ /\_ /\_ \_

Sexo: \_

A - Função Pretendida: \_ \_

B – Tipo da Deficiência: \_\_

C – Código CID: \_ \_ \_

D – Limitações Funcionais:

E – PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA:

De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é:

( ) COMPATÍVEL para exercer a função de \_ \_

( ) INCOMPATÍVEL para exercer a função de \_ \_

Local: Data: \_/\_ /20

Médico Examinador

Assinatura e Carimbo

Assinatura do candidato

Local e data: \_, \_ de de .

**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE SERVIÇO PÚBLICO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), nacionalidade, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(estado civil), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) de RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SSP/\_\_\_\_\_\_\_\_\_e CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em atendimento ao item 2.8 declaro para o fim específico de contratação pelo Processo Seletivo Simplificado, que não fui demitido(a) ou exonerado(a) do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal em consequência de aplicação de pena disciplinar após sindicância, nos últimos 5 (cinco) anos, contados de forma retroativa a partir da data da contratação a que se refere o presente Edital, e que não perdi o cargo em razão de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida ou em cumprimento. A não veracidade da declaração prestada é considerada como crime de falsidade ideológica, sujeitando-me às penas na Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- PR,\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

DECLARAÇÃO DE BENS

Servidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em atendimento a Recomendação Administrativa nº 169/2020 do Ministério Público de Contas do Estado do Paraná e a Lei nº 12.846/2013 ainda o Decreto Municipal n 099/2020, Declaro:

( ) Não possuo bens ou valores a serem informados;

( ) Possuo os bens ou valores constantes da cópia da Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda da Pessoa Física anexa;

( ) Possuo os bens ou valores constantes da relação abaixo:

Obs. Tipo de bem: Imóvel (terreno, apartamento, casa, loja, outros), Veículo, Embarcação, Dinheiro, Valor em conta bancária, Títulos, Ações e qualquer outra espécie de bens e valores patrimoniais localizados no País ou no exterior.

|  |  |
| --- | --- |
| BENS | VALOR |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas,

Fernandes Pinheiro, de de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_