

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ**

**ANEXO VII DO EDITAL N.º 001/2024 – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ**

**DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO**

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO
GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS - TERMO DE OPÇÃO
<b>DADOS PESSOAIS:</b> NOME: _____ RG nº _____ - CPF/MF nº _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: MASCULINO [ ] FEMININO [ ] ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ - _____ ESTADO: _____ TELEFONE: (____) _____
<b>DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO:</b> ÓRGÃO: _____ FEDERAL [ ] ESTADUAL [ ] MUNICIPAL [ ] DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO _____ LF: _____ REGIME JURÍDICO: Estatutário [ ] CLT [ ] Contrato Temporário [ ] Cargo Comissionado [ ] SITUAÇÃO: Ativo [ ] Inativo [ ] Outros [ ] DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: ____ horas HORÁRIO DE TRABALHO: Manhã [ ] das ____ às ____ Tarde [ ] das ____ às ____ Noite [ ] das ____ às ____
<b>DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO:</b> ÓRGÃO: _____ FEDERAL [ ] ESTADUAL [ ] MUNICIPAL [ ] DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: _____ LF: _____ REGIME JURÍDICO: Estatutário [ ] CLT [ ] Contrato Temporário [ ] Cargo Comissionado [ ] SITUAÇÃO: Ativo [ ] Inativo [ ] Outros [ ] DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: ____ horas HORÁRIO DE TRABALHO: Manhã [ ] das ____ às ____ Tarde [ ] das ____ às ____ Noite [ ] das ____ às ____
<b>DADOS DO 3º CARGO/EMPREGO:</b> ÓRGÃO: _____ FEDERAL [ ] ESTADUAL [ ] MUNICIPAL [ ] DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: _____ LF: _____ REGIME JURÍDICO: Estatutário [ ] CLT [ ] Contrato Temporário [ ] Cargo Comissionado [ ] SITUAÇÃO: Ativo [ ] Inativo [ ] Outros [ ] DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: ____ horas

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ**

**HORÁRIO DE TRABALHO:**

Manhã [ ] das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Tarde [ ] das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Noite [ ] das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO:**

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me na forma da Lei pela exatidão da presente Declaração.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Declarante

**TERMO DE OPÇÃO:**

Faço opção pelo cargo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Declarante

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_