

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
DADOS PESSOAIS: NOME: _____ RG nº _____ - CPF/MF nº _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: MASCULINO [] FEMININO [] ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ - _____ ESTADO: _____ TELEFONE: (____) _____
DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO: 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 ____
DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO: 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 ____
DADOS DO 3º CARGO/EMPREGO: 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: ____ / ____ / ____