



DECLARAÇÃO DE INGRESSO PARA O SERVIÇO PÚBLICO — DISP
PREENCHIDA EM ___/___/20__

ETIQUETA

FOTO

1 - DADOS PESSOAIS (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--------------------------------|--------------------------|--|----------|--------|
| NOME | | | | | | RF | | |
| RG | REGISTRO NACIONAL DE ESTRANGEIRO (RNE) | DATA DE EMISSÃO ___/___/___ | ÓRGÃO EXPEDIDOR | CPF | | | | |
| PIS/PASEP | ANO DO 1º EMPREGO | POSSUI CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL? <input type="checkbox"/> SIM N° _____ <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | |
| POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM N° _____ CATEGORIA _____ <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | |
| TÍTULO DE ELEITOR | | | ZONA | | | SEÇÃO | | |
| CARTEIRA DE RESERVISTA Nº | DATA DE EMISSÃO ___/___/___ | CATEGORIA | ALISTAMENTO MILITAR Nº | DATA DE EMISSÃO ___/___/___ | REGIÃO MILITAR | | | |
| DATA DE NASCIMENTO ___/___/___ | SEXO | NACIONALIDADE | | | NATURALIDADE | ESTADO | | |
| ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> OUTROS | | | | | | | | |
| NOME DO PAI | | | | | | | | |
| NOME DA MÃE | | | | | | | | |
| NOME DO CÔNJUGE | | | | | | | | |
| POSSUI FILHOS? <input type="checkbox"/> SIM QUANTOS? _____ <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | | | | | | |
| BAIRRO | | | | | CIDADE | | | |
| ESTADO | | | | | CEP □ □ □ □ □ - □ □ □ | | | |
| CONTATO FONE RESIDENCIAL () _____ CELULAR () _____ | | | | | EMAIL | | | |
| SITUAÇÃO ESCOLAR | | | | | | | | |
| | ENSINO FUNDAMENTAL | | ENSINO MÉDIO | | SUPERIOR | | | OUTROS |
| | FUND. I | FUND. II | REGULAR | PROFISSIONALIZANTE | GRADUAÇÃO | PÓS GRAD. | MESTRADO | |
| COMPLETO | | | | | | | | |
| INCOMPLETO | | | | | | | | |
| PROFISSIONALIZANTE | | | | | ENTIDADE | | | |
| TÍTULO SUPERIOR | | | | | ENTIDADE | | | |
| DATA DA CONCLUSÃO ___/___/___ | | | DATA DE COLAÇÃO DE GRAU ___/___/___ | | | | | |
| CONSELHO | | | Nº DO REGISTRO | | | DATA DE EMISSÃO DO REGISTRO ___/___/___ | | |
| DIPLOMAS APRESENTADOS | | | | | | | | |

2- AUTODECLARAÇÃO FACULTATIVA NOS TERMOS DO DECRETO Nº 54.949/2014

COR DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO IBGE
 AMARELA BRANCA INDÍGENA PARDA PRETA NÃO DESEJA DECLARAR

3- INGRESSO DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO ABAIXO:

Lei nº 13.398/2002 - Legislação para Pessoas com Deficiência
 SIM NÃO Tipo de Deficiência: FÍSICA AUDITIVA VISUAL MENTAL MÚLTIPLA

Decreto nº 54.949/2014 - Legislação Municipal sobre Cotas Raciais
 SIM NÃO

**4 - DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO FUNCIONAL COM A PMSP - ADMINISTRAÇÃO DIRETA OU INDIRETA
(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)**

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP | | <input type="checkbox"/> SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA | |
| | | <input type="checkbox"/> SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA | |
| CARGO/ FUNÇÃO | | CATEGORIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO | |
| DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO (SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, AUTARQUIA - OUTROS) | | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social | |
| LICENÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | FÉRIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | |
| AFASTAMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | TIPO DE AFASTAMENTO <input type="checkbox"/> COM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS <input type="checkbox"/> SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS | |
| ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | PROCESSO NÚMERO | |
| EXERCE CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | CARGO | PADRÃO/ REFERÊNCIA |
| | | | DATA DE DESLIGAMENTO ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA | | <input type="checkbox"/> FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA | |
| EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO NO CARGO/ FUNÇÃO DE | | | EM ___/___/___ |
| MOTIVO DO DESLIGAMENTO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> SEM JUSTA CAUSA | | <input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA | <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OUTROS |
| SOU APOSENTADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | EM ___/___/___ | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social |
| CARGO/ FUNÇÃO | | | |
| SOU PENSIONISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | Nº DO REGISTRO | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social |

**5 - DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO FUNCIONAL COM OUTROS ÓRGÃOS PÚBLICOS
(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)**

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, (MINISTÉRIO, SECRETARIA, AUTARQUIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES) | | | |
| SOU SERVIDOR PÚBLICO | | <input type="checkbox"/> DE OUTRO MUNICÍPIO | <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL |
| DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO | | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social | |
| CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO | | | |
| CATEGORIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO | | | |
| LICENÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | FÉRIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | |
| AFASTAMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | TIPO DE AFASTAMENTO <input type="checkbox"/> COM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS <input type="checkbox"/> SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS | |
| ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | PROCESSO NÚMERO | |
| FUI SERVIDOR PÚBLICO : | | <input type="checkbox"/> DE OUTRO MUNICÍPIO | <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL |
| DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO | | | |
| CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO | | | |
| CATEGORIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO | | | DESLIGAMENTO EM ___/___/___ |
| MOTIVO DO DESLIGAMENTO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> SEM JUSTA CAUSA | | <input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA | <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OUTROS |
| SOU APOSENTADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | EM ___/___/___ | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social |
| CARGO/ FUNÇÃO | | | |
| SOU PENSIONISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | Nº DO REGISTRO | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social |

**6 - DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS/ FUNÇÕES/ EMPREGOS PÚBLICOS
(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)**

| | | |
|--|--------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> NÃO ACUMULAREI CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS FEDERAIS, ESTADUAIS, MUNICIPAIS (EM MINISTÉRIO, SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES) | | |
| _____ ASSINATURA DO DECLARANTE | | |
| <input type="checkbox"/> ACUMULAREI AS SEGUINTE ATIVIDADES PÚBLICAS: <input type="checkbox"/> PMSP PMSP <input type="checkbox"/> PMSP OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> PMSP ESTADUAL <input type="checkbox"/> PMSP FEDERAL | | |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL |
| <input type="checkbox"/> ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS <input type="checkbox"/> PMSP PMSP <input type="checkbox"/> PMSP OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> PMSP ESTADUAL <input type="checkbox"/> PMSP FEDERAL | | |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL |
| APOSENTADORIA PELO SERVIÇO PÚBLICO | | |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL |
| DECLARAÇÃO DE POSSE ESTOU CIENTE QUE PARA REGULARIZAR A SITUAÇÃO ORA DECLARADA, NOS TERMOS DAS EXIGÊNCIAS PREVISTAS NOS INCISOS XVI E XVII DO ARTIGO 37 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E POSSIBILITAR A POSSE/CONTRATAÇÃO NESTA PMSP, SERÁ ABERTO EXPEDIENTE DE ACÚMULO DE CARGOS/FUNÇÕES/PROVENTOS PÚBLICOS. | | |
| _____ ASSINATURA DO DECLARANTE | | |

7 - DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES

(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| DECLARO, PARA FINS DE INGRESSO EM CARGO/ FUNÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, EM ATENDIMENTO AO INCISO V DO ARTIGO 11 DA LEI 8989/1979, COMBINADO COM O ARTIGO 2º DO DECRETO 16.174/1979, QUE: | | |
| POSSUO REGISTRO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| RESPONDO A INQUÉRITO POLICIAL OU PROCESSO CRIME | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| DECLARO QUE, DE CONFORMIDADE COM O ARTIGO 4º DO DECRETO Nº 16.174/1979, TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA REPRESENTAM A FIEL VERDADE E ESTOU CIENTE DE QUE SUA FALSIDADE OCASIONARÁ A NULIDADE DE MINHA NOMEAÇÃO E ATOS SUBSEQUENTES, BEM COMO DE QUE QUALQUER INFORMAÇÃO QUE GERAR INTERPRETAÇÃO DÚBIA PODERÁ OCASIONAR ATRASO NO RECEBIMENTO DOS MEUS VENCIMENTOS, ATÉ SUA TOTAL REGULARIZAÇÃO. | | |
| SÃO PAULO, ____ DE _____ DE _____. | | |
| _____ ASSINATURA DO DECLARANTE | | |

8 - USO EXCLUSIVO DA URH/ SUGESP

(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

| | |
|--------------------------------|---|
| EXPEDIENTE Nº _____ | ESTA DISP FOI RECEBIDA E CONFERIDA POR: |
| PROCESSO Nº _____ | |
| DE ACÚMULO DE CARGOS/PROVENTOS | _____ CARIMBO E ASSINATURA |