

DECLARAÇÃO DE INGRESSO PARA O SERVIÇO PÚBLICO – ALTERAÇÃO FUNCIONAL –
DISP /AF
PREENCHIDA EM ___/___/20___

ETIQUETA

FOTO

DECLARAÇÃO DE DADOS FUNCIONAIS PARA INGRESSO EM OUTRO CARGO SEM INTERRUÇÃO DE VINCULO

INGRESSO SEM INTERRUÇÃO

(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

EU, _____,

RF _____, DECLARO PARA FINS DE INGRESSO NO CARGO/ FUNÇÃO _____

 NÃO HOUE ALTERAÇÃO EM MEUS DADOS PESSOAIS. HOUE ALTERAÇÃO EM MEUS DADOS PESSOAIS CONFORME PREENCHIMENTO DOS ITENS DO CAMPO 1.

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 N°	DATA DE EMISSÃO ___/___/___	CATEGORIA	ALISTAMENTO MILITAR N°	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		

2 - DADOS ESCOLARES (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

SITUAÇÃO ESCOLAR									
	ENSINO FUNDAMENTAL		ENSINO MÉDIO		SUPERIOR				OUTROS
	FUND. I	FUND. II	REGULAR	PROFISSIONALIZANTE	GRADUAÇÃO	PÓS GRAD.	MESTRADO	DOUTORADO	
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									

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

COR DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO IBGE					
<input type="checkbox"/> AMARELA	<input type="checkbox"/> BRANCA	<input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> PARDA	<input type="checkbox"/> PRETA	<input type="checkbox"/> NÃO DESEJA DECLARAR

4- INGRESSO DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO ABAIXO:

Lei nº 13.398/2002 - Legislação para Pessoas com Deficiência					
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Tipo de Deficiência: <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLA			
Decreto nº 54.949/2014 - Legislação Municipal sobre Cotas Raciais					
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO				

5 - 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 ORGÃO (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	

6 - 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"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> SEM JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <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 N° DO REGISTRO		TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social

7 - 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"/> PMS PMS <input type="checkbox"/> PMS OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> PMS ESTADUAL <input type="checkbox"/> PMS 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"/> PMS PMS <input type="checkbox"/> PMS OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> PMS ESTADUAL <input type="checkbox"/> PMS 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 PMS, SERÁ ABERTO EXPEDIENTE DE ACÚMULO DE CARGOS/FUNÇÕES/PROVENTOS PÚBLICOS.				
_____ ASSINATURA DO DECLARANTE				

8 - 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 SIM NÃO
RESPONDO A INQUÉRITO POLICIAL OU PROCESSO CRIME SIM 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

9 - 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