

## Declaração

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) da Carteira de Identidade - RG nº \_\_\_\_\_  
e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_, declaro  
sob pena de responsabilidade para fins de acumulação remunerada que:

**NÃO EXERÇO** nenhum outro cargo, emprego ou função atividade no âmbito do Serviço Público Federal, Estadual ou Municipal, ou ainda em autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e de outros municípios.

**EXERÇO** outro cargo, emprego ou função no Serviço Público na seguinte instituição, conforme abaixo especificado:  
Esfera:  Federal,  Estadual,  Municipal;  
Tipo de vínculo:  Efetivo,  Comissionado,  Contratado;  
Instituição: \_\_\_\_\_;  
Cargo: \_\_\_\_\_;  
Carga horária: \_\_\_\_\_;  
Horário de expediente: \_\_\_\_\_;

**Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.**

**São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante