

ANEXO III - EDITAL N.º 001/2019 – FUNEDAS

III - RELAÇÃO DE MODELOS	
MODELO 1	DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS
MODELO 2	DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE SERVIÇO PÚBLICO
MODELO 3	AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA NEGRA
MODELO 4	LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

ANEXO III – EDITAL N.º 0001/2019 – FUNEDS

MODELO 1 – DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

DADOS PESSOAIS					
Nome:			RG:		
Data de Nascimento:	Sexo:		Masculino		Feminino
Endereço residencial:					
Município:			CEP:		
Telefone:			Estado:		
Cargo/emprego/função pública para nomeação/contratação:					
DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO:					
Órgão:	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal		
Denominação do cargo/emprego:				LF:	
Regime Jurídico:	<input type="checkbox"/> Estatutário	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Contrato Temporário	<input type="checkbox"/> Cargo	
Comissionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Situação:	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Inativo	<input type="checkbox"/> Outros		
Data de Admissão:			Carga Horária Semanal:		
Horário de trabalho:					
<input type="checkbox"/> Manhã	das	às	<input type="checkbox"/> Tarde	das	às
<input type="checkbox"/> Noite	das	às			
DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO:					
Órgão:	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal		
Denominação do cargo/emprego:				LF:	
Regime Jurídico:	<input type="checkbox"/> Estatutário	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Contrato Temporário	<input type="checkbox"/> Cargo	
Comissionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Situação:	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Inativo	<input type="checkbox"/> Outros		
Data de Admissão:			Carga Horária Semanal:		
Horário de trabalho:					
<input type="checkbox"/> Manhã	das	às	<input type="checkbox"/> Tarde	das	às
<input type="checkbox"/> Noite	das	às			

DECLARAÇÃO:

VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Declaro para fins de posse/admissão que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob pena de estar infringindo o Artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

CASO NÃO POSSUA OUTRO CARGO/EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA

Eu, acima nominado(a), declaro para fins de posse/admissão, que não exerço cargo, emprego ou Função pública remunerada, em Órgãos da Administração Direta ou Indireta do Governo Federal, Estadual ou Municipal, ou em outros Poderes do estado, sob pena de infringir o artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Local, data _____, _____

Declarante

ANEXO III – EDITAL N.º 0001/2019 – FUNEDAS

MODELO 2 – DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE SERVIÇO PÚBLICO

Eu, _____, abaixo assinado(a),
_____ nacionalidade, _____ (estado civil), portador(a) de RG n.º
_____ SSP/___ e CPF n.º _____, em atendimento ao Item 7.12.2
declaro para o fim específico de contratação pelo Processo Seletivo Simplificado da FUNEDAS no
cargo de _____, do Hospital de _____ que não fui
demitido(a) ou exonerado(a) do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal em
consequência de aplicação de pena disciplinar após sindicância, nos últimos 5 (cinco) anos,
contados de forma retroativa a partir da data da contratação a que se refere o presente Edital, e
que não perdi o cargo em razão de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida ou em
cumprimento.

A não veracidade da declaração prestada é considerada como crime de falsidade ideológica, sujeitando-me às penas na lei.

_____ – PR, ____ de _____ de 20___.
(Município)

ANEXO III - Edital n.º 001/2019 – FUNEDAS

MODELO 3 – AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA NEGRA

Eu, _____, abaixo assinado(a), de nacionalidade _____, nascido(a) em ___/___/_____, no município de _____, UF____, filho(a) de _____ e de _____

Estado Civil _____, residente _____, município de _____, RG n.º _____, UF _____ expedida em ___/___/_____, órgão expedidor _____, e de CPF n.º _____

CONVOCADO(A) pela lista de pessoa negra (preta ou parda) para comprovação de títulos pelo Processo Seletivo Simplificado da Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná - FUNEDAS da Educação do Paraná, **declaro, sob as penas da lei, que sou pessoa () preta () parda com características condizentes com tal declaração.**

Estou ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito(a) às sanções prescritas no Código Penal* e às demais cominações legais aplicáveis.

_____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Candidato

A validade deste documento estará sujeita à homologação pela Comissão Organizadora do Processo Seletivo Simplificado.

*Decreto-Lei n.º 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal – Falsidade ideológica

Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

ANEXO III – Edital n.º 001/2019 – FUNEDAS

MODELO 4 - LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA	
Nome:	
RG:	UF: CPF:
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo:
A – Tipo da Deficiência:	
B – Código CID:	
C – Limitações Funcionais:	
D – Função pretendida:	
E – PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA: De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é: () COMPATÍVEL para exercer a função de _____. () INCOMPATÍVEL para exercer a função de _____.	
_____ Médico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM	_____ Assinatura do candidato
Local: _____	Data: / /20