

# DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, RG. \_\_\_\_\_

**DECLARO**, sob pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada que:

- ( ) não exerço            ( ) exerço  
( ) outro cargo        ( ) emprego    ( ) função pública.

Os campos abaixo somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ocupar outro cargo, emprego ou função pública.

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/CARGO

Unidade:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Cargo/emprego/função: Medico I

Regime Jurídico: Efetivo.

## 2 - HORÁRIO DE TRABALHO:

Dia da semana	Horário		
2ª feira	das	às	horas
3ª feira	das	às	horas
4ª feira	das	às	horas
5ª feira	das	às	horas
6ª feira	das	às	horas
Sábado	das	às	horas
Domingo	das	às	horas

**Total da carga horária semanal:**

Esclareço que a distância entre as unidades em que vou atuar é de aproximadamente .....km e que utilizarei .....como meio de transporte, gastando no percurso ..... horas e ..... minutos.

São Paulo,        de                    de 201    .

.....  
assinatura do servidor (a)

**Obs.:** São considerados cargos, empregos ou funções públicas todos aqueles exercidos na Administração Direta, em autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista ou Fundações da União, Estados ou Municípios, quer seja no regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.