

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS

Eu, _____, portador(a) da
Carteira de Identidade nº _____ e CPF nº
_____, DECLARO para fins de posse no cargo de
_____, no CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
DO CEARÁ, QUE EXERÇO cargo, emprego ou função pública, no(s) órgão(s)/empresa(s) abaixo:

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO/EMPRESA
CARGO/FUNÇÃO
CARGA HORÁRIA
HORÁRIO DE TRABALHO

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO/EMPRESA
CARGO/FUNÇÃO
CARGA HORÁRIA
HORÁRIO DE TRABALHO

DECLARO, também, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, bem como estou ciente de que devo comunicar a esse Órgão qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos, sob pena de serem adotadas as medidas legais e/ou judiciais cabíveis.

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o(a) declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

_____, _____, de _____ de _____

Assinatura do(a) declarante