

DECLARAÇÃO DE NÃO 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 NÃO EXERÇO qualquer cargo, emprego, ou função
pública junto à administração pública direta, autarquias, fundações, empresas públicas,
sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou
indiretamente pelo poder público, que seja inacumulável com a carreira em que tomarei
posse, em consonância com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal.

DECLARO, também, estar 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