**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE VÍNCULOS**

Declaro, sob as penas da Lei, junto à Prefeitura Municipal de Sirinhaém/PE, de acordo com as disposições legais vigentes previstas nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal, e o contido no art. 190, da Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968 (Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Pernambuco), para fins de Contratação Temporária por Excepcional Interesse Público para a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que:

|  |
| --- |
| **Acumulação de Vínculo** |
| ( ) Não estou em disponibilidade, em gozo de aposentadoria compulsória/invalidez, em licença para tratar de interesse particular ou suspensão contratual, nem ocupo nenhum outro cargo/emprego/função no âmbito federal, estadual ou municipal.  |
| ( ) Acumulo cargo/emprego/função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob o vínculo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_\_ |
| ( ) Não sou aposentado por invalidez em Órgão Público Federal, Estadual, Distrital ou Municipal e nem do INSS. Não percebo isenção de Imposto de Renda em decorrência de doença especificada em lei |
| ( ) Percebo aposentadoria referente ao cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no regime de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

Comprometo-me a comunicar, ao órgão/Secretaria onde estou lotado e à Gerência de Atos de Pessoal da Prefeitura Municipal de Sirinhaém, qualquer alteração que vier a ocorrer em minha vida profissional, que não atenda aos dispositivos legais previstos para os casos de acumulação de cargos, empregos e funções. Estou ciente de que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração é verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Sirinhaém/PE, de de 2023.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a)

RG nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_