



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

Eu, _____,
abaixo assinado (a), nascido (a) em ____/____/____, residente e domiciliado(a), à
Rua _____ nº _____,
Bairro _____, CEP _____, na cidade de
_____, portador da Cédula de Identidade nº
_____, face a minha convocação para o ingresso no Quadro de
Servidores da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde do Município de Londrina, no cargo
de **AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA** função de **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**.
DECLARO, para efeitos de Nomeação, conforme dispõe o artigo 37, incisos XVI e XVII, da
Constituição Federal, alterado conforme Emenda Constitucional nº 34, de 13 de Dezembro de
2001, e o artigo 8º, inciso VIII da Lei 4928/92 - Estatuto do Regime Jurídico Único dos
Servidores Públicos Cíveis do Município de Londrina, que:

Não percebo proventos de aposentadorias como servidor público
municipal, estadual ou federal, ressalvados os cargos previstos na Constituição Federal.

Não possuo outro cargo, emprego ou função pública

Não fui demitido (a) do Serviço Público Municipal, Estadual ou Federal

Possuo outro vínculo público no cargo de _____,
sendo este vinculado a _____, onde exerço
minhas funções no horário compreendido entre _____,
com jornada semanal de _____ horas, recebendo proventos equivalentes a
_____ (R\$ _____).

DECLARO ainda, que na ocorrência de qualquer alteração na situação acima, estou
ciente que deverei comunicar, de imediato, a Diretoria de Recursos Humanos desta Autarquia.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente.

Londrina, ____ de _____ de _____

ASSINATURA