



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO



**ATO DECLARATÓRIO CADASTRAL
ESPECIALISTA EM EDUCAÇÃO - 2016**

ATENÇÃO! Preencher um formulário por matrícula, em CAIXA ALTA, legível e sem rasuras

NOME COMPLETO (Por extenso, sem abreviações.):

CPF:

RG:

ÓRGÃO EMISSOR:

DATA EMISSÃO:

CARGO:

MATRÍCULA/SIAPE:

NÍVEL:

REFERÊNCIA:

SERVIDOR EFETIVO ESTADUAL () – SERVIDOR EFETIVO FEDERAL ()

CONTRATO ADMINISTRATIVO ()

CARGO COMISSIONADO? NÃO () SIM ()

QUAL?

NÍVEL:

EMAIL:

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME PAI:

NOME MÃE:

DATA DE NASCIMENTO: / /

SEXO: M () F ()

ESTADO CIVIL:

NOME DO CÔNJUGE:

DATA DE NASCIMENTO CÔNJUGE: ___/___/___ CPF DO CONJUGE: _____

DEPENDENTES: NÃO () SIM (). Se houver dependentes, anexar cópia das certidões de nascimento e CPF

NATURALIDADE:

UF:

NACIONALIDADE:

ESTRANGEIRO? NÃO () SIM () DATA NATURALIZAÇÃO:

PAÍS ORIGEM:

ENDEREÇO

LOGRADOURO:

Nº

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO:

TEL RESIDENCIAL:

TEL INSTITUCIONAL:

TEL CELULAR:

CERTIFICADO DE RESERVISTA

| NÚMERO | RA/RM | CSM | SÉRIE | EMISSÃO |
|--------|-------|-----|-------|---------|
| | | | | |

TÍTULO ELEITORAL

| NÚMERO | ZONA | SEÇÃO | DATA DA EMISSÃO | MUNICÍPIO | UF |
|--------|------|-------|-----------------|-----------|----|
| | | | | | |

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

| NÚMERO | SÉRIE | UF | DATA DA EMISSÃO |
|---|-------|-------------------------------|-----------------|
| | | | |
| PIS/PASEP: | | DATA DO CADASTRAMENTO DO PIS: | |
| Nº DO CADASTRO DE INFORMAÇÕES SOCIAIS - CNIS: | | | |

INFORMAÇÕES FUNCIONAIS

TIPO DE ADMISSÃO: marque com um X para a forma de ingresso no serviço público

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| Concurso de 1989 a maio de 1993 () | Concurso EX-IPESAP () | Outros Concursos: Ano _____ |
| Está em processo de transposição? NÃO () SIM () | | Município _____ |
| Processo Seletivo () Ano: _____ | Possui estágio probatório homologado? NÃO () SIM () | |
| ESTÁ DE LICENÇA? NÃO () SIM (). QUAL? _____ | | |
| Concedida conforme a Lei 0066/1993 do Art. 93 a 112 | | |

CONTRATAÇÃO INICIAL (Indique o cargo, classe inicial e disciplina)

| | |
|--|-----------------|
| CARGO INICIAL: | CLASSE INICIAL: |
| CARGA HORÁRIA DO CONTRATO INICIAL: | |
| CARTA DE DESTINO: | |
| Pessoa autodeclarada com deficiência na forma da lei: NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>). QUAL? | |

HABILITAÇÃO

| |
|--|
| FONOAUDIOLOGIA (<input type="checkbox"/>) FISIOTERAPIA (<input type="checkbox"/>) TERAPIA EM EDUCAÇÃO ESPECIAL (<input type="checkbox"/>) BIBLIOTECONOMIA (<input type="checkbox"/>) ASSISTÊNCIA SOCIAL (<input type="checkbox"/>) PSICOLOGIA NUTRIÇÃO (<input type="checkbox"/>) TECNOLOGIA EM INFORMÁTICA EDUCATIVA (<input type="checkbox"/>) |
|--|

CONTRATAÇÃO ATUAL

| | |
|----------------------|--|
| FUNÇÃO/CARGO ATUAL: | CLASSE ATUAL: |
| CARGA HORÁRIA ATUAL: | DEDICAÇÃO EXCLUSIVA? NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) |

HABILITAÇÃO ATUAL

| |
|--|
| FONOAUDIOLOGIA (<input type="checkbox"/>) FISIOTERAPIA (<input type="checkbox"/>) TERAPIA EM EDUCAÇÃO ESPECIAL (<input type="checkbox"/>) BIBLIOTECONOMIA (<input type="checkbox"/>) ASSISTÊNCIA SOCIAL (<input type="checkbox"/>) PSICOLOGIA NUTRIÇÃO (<input type="checkbox"/>) TECNOLOGIA EM INFORMÁTICA EDUCATIVA (<input type="checkbox"/>) |
|--|

Se atuante em sala ambiente: em que desenvolve suas atividades?

| |
|--|
| Sala de Leitura(<input type="checkbox"/>) - Sala de Informática(<input type="checkbox"/>) - Sala Multifuncional(<input type="checkbox"/>) - Biblioteca(<input type="checkbox"/>) - Multimídias(<input type="checkbox"/>) - TV Escola(<input type="checkbox"/>) - Laboratórios(<input type="checkbox"/>) - Secretaria Escolar(<input type="checkbox"/>) – Coordenação Pedagógica (<input type="checkbox"/>) - Portaria(<input type="checkbox"/>) - Outros Setores da SEED(<input type="checkbox"/>): Especificar O SETOR DA SEED: |
| Possui projeto Aprovado pelo NATEP? NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>). Qual nome do Projeto? |

EVOLUÇÃO FUNCIONAL

| TITULAÇÃO | ESPECIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA |
|--------------|-------------------------------------|
| ESPECIALISTA | |
| MESTRE | |
| DOUTOR | |

Atuando em outro órgão governo, poderes ou quaisquer outras instituições, preencha os campos abaixo:

| | |
|---|--|
| INSTITUIÇÃO: | DATA: |
| Ocupando cargo comissionado? NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>). QUAL? | |
| Tipo e Nº do documento de disposição/Cessão: | Cessão com ônus para o Estado? NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) |

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO, a luz do que dispõe o Art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações aqui prestadas representam a expressão da verdade.

| | |
|---|--------------|
| ASSINATURA DO SERVIDOR: | |
| <hr/> Observação: ASSINAR DE ACORDO COM O DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO (ANEXAR CÓPIA) | |
| ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA | LOCAL E DATA |
| ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: | LOCAL E DATA |