|  |
| --- |
|  |
| **DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO / ESTÁGIO PÚBLICO / PRIVADO** |
|  |
| **DADOS DO ESTAGIÁRIO** |
|  |
| NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| CÉDULA DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| C.P.F (MF):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **EXERCE ATUALMENTE ALGUMA ATIVIDADE DE EMPREGO OU ESTÁGIO?** |
|  |
| **SIM.** ATUALMENTE DESEMPENHO CARGO, EMPREGO, ESTÁGIO OU FUNÇÃO PÚBLICA OU EXERÇO ATIVIDADE PRIVADA INCOMPATÍVEL COM A CONDIÇÃO FUNCIONAL DE RESIDENTE DO MPPE  Em virtude exercer cargo, emprego, estágio ou função incompatível (atividades relacionadas com a advocacia e com funções judiciárias e policiais, bem como atividade de juiz leigo e de conciliador dos Juizados Especiais), e desejando participar do credenciamento para o referido certame, solicitarei o desligamento da função/cargo incompatível, comprometendo-me a entregar o comprovante de desincompatibilização até a data do início da residência do MPPE.  **SIM.** EXERÇO, ATUALMENTE, ATIVIDADE DE EMPREGO COMPATÍVEL COM A RESIDÊNCIA DO MPPE. |
|  |
| **LOCAL DO EMPREGO/ESTÁGIO**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| HORÁRIO EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **NÃO** EXERÇO, ATUALMENTE, ATIVIDADE DE EMPREGO OU ESTÁGIO |
|  |
| Estou ciente de que o não cumprimento do acima estabelecido implicará em minha exclusão automática do referido credenciamento. |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Local) (dia) (mês) (ano) |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do Residente |