



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

DECLARAÇÃO DE NEPOTISMO
(Portaria nº. 749/10-R, de 07 de julho de 2010)

EU,....., Matrícula SIAPE nº....., com vistas à ocupação do desempenho da função de....., código: () *FSR () *FG__ () *CD__ () *FCC a partir da data de publicação da designação em imprensa oficial, **e/ou** Coordenador de Projeto Acadêmico de Pesquisa ou Extensão.....(descrever), desde ___/___/____, **DECLARO**, ciente das conseqüências legais acerca da veracidade da minha informação, que:

1. Declaração para cargo de direção, chefia ou assessoramento no âmbito da UFRN ou FUNPEC

() **NÃO** tenho cônjuge ou familiar com grau de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, com a autoridade que assinou minha nomeação para o cargo/função que exerço; tampouco com servidor, da mesma pessoa jurídica a que estou vinculado, investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento.

() **TENHO** cônjuge ou familiar com grau de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, com a autoridade que assinou minha nomeação para o cargo/função que exerço; OU com servidor, da mesma pessoa jurídica a que estou vinculado, investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento.

2. Declaração para familiar empregado em projetos acadêmicos desenvolvidos pela FUNPEC no âmbito da UFRN ou contratado para outras atividades junto à FUNPEC

() **TENHO** familiar com grau de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau participando de projetos acadêmicos, no âmbito da UFRN, contratado diretamente pela FUNPEC para realização de atividades de ensino, pesquisa extensão ou de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico.

() **TENHO** familiar com grau de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau contratado diretamente pela FUNPEC para realização de outras atividades desvinculadas de projetos acadêmicos.

() **NÃO TENHO** familiar com grau de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau participando de projetos acadêmicos, no âmbito da UFRN, contratado diretamente pela FUNPEC para realização de atividades de ensino, pesquisa extensão ou de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico ou contratado diretamente pela FUNPEC para realização de outras atividades desvinculadas de projetos acadêmicos.

3. Declaração para familiar empregado por empresas terceirizadas trabalhando no âmbito da UFRN ou FUNPEC

(.....) **TENHO** familiar com grau de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau empregado de empresas contratadas pela UFRN ou FUNPEC para executar serviços terceirizados no âmbito da Universidade.

(.....) **NÃO TENHO** familiar com grau de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau empregado de empresas contratadas pela UFRN ou FUNPEC para executar serviços terceirizados no âmbito da Universidade.

ATENÇÃO!

Caso Vossa Senhoria tenha marcado a alternativa positiva em algum dos itens acima, informar abaixo o nome do cônjuge ou parente (indicando o grau de parentesco), bem como o cargo, emprego ou atividade ocupado por este e a data de contratação.

Nome:	
Parentesco:	
Cargo, Emprego ou Atividade:	
Data da contratação/designação:	

Natal, de de 20.....

Assinatura do servidor

* Descrição do tipo de Função:

Tipo	Descrição
FSR	Função sem remuneração
FCC	Função de Coordenação de Curso
FG	Função Gratificada: (01 a 04)
CD	Cargo de Direção (02 a 04)

Parentes em linha reta

GRAU	CONSANGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	Pai/mãe, filho/filha do agente público	Sogro/sogra, genro/nora; madrasta/padrasto, enteado/enteada do agente público
2º	Avô/avó, neto/neta do agente público	Avô/avó, neto/neta do cônjuge ou companheiro do agente público
3º	Bisavô/bisavó, bisneto/bisneta do agente público	Bisavô/bisavó, bisneto/bisneta do cônjuge ou companheiro do agente público

Parentes em linha colateral

GRAU	CONSANGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	---	---
2º	Irmão/irmã do agente público	Cunhado/cunhada do agente público
3º	Tio/tia, sobrinho/sobrinha do agente público	Tio/tia, sobrinho/sobrinha do cônjuge ou companheiro do agente público

**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

ANEXO II À INSTRUÇÃO NORMATIVA-TCU Nº 67, DE 6 DE JULHO DE 2011

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE BENS E RENDAS DAS DECLARAÇÕES DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA**DADOS PESSOAIS**MATRICULA Nº: CPF Nº: NOME: CARGO/FUNÇÃO: UNIDADE DE LOTAÇÃO: **AUTORIZAÇÃO**

Autorizo, para fins de cumprimento da exigência contida no art. 13 da Lei 8.429 de 1992, e no Art. 1º da Lei 8.730, de 1993, e enquanto sujeito ao cumprimento das obrigações previstas nas Leis 8.429, de 1992, e 8.730, de 1993, o Tribunal de Contas da União - TCU a ter acesso aos dados de Bens e Rendimentos exigidos nas mencionadas Leis, das minhas Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física e das respectivas retificações apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil.

NATAL/RN, ____/____/____

LOCAL E DATA

ASSINATURA

AUTORIDADE/SERVIDOR



Ministério da Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS E FUNÇÕES PÚBLICAS

FINALIDADE DA DECLARAÇÃO

<input type="checkbox"/> Posse/Contratação	<input type="checkbox"/> Mudança de Jornada de Trabalho	<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Auditoria	<input type="checkbox"/> Outro
--	---	--	------------------------------------	--------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO

NOME:	
CPF:	PIS/PASEP:
TELEFONE:	E-MAIL:

VÍNCULO NA UFRN (preencher com o cargo já ocupado ou a ser ocupado na UFRN)

Cargo/Função:	SIAPE:
Lotação:	Cargo em Comissão: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Função Comissionada: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Jornada de Trabalho: <input type="checkbox"/> 20h <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> 30h <input type="checkbox"/> 40h <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	

OUTROS VÍNCULOS PÚBLICOS

Exerce outro(os) cargo(os), emprego(os) ou função(ões) na administração pública federal, estadual, municipal, autárquica, fundacional, empresa pública ou sociedade de economia mista? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Ente Federativo:	Instituição/Órgão:
Cargo:	Cargo em Comissão: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Função Comissionada <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Jornada de Trabalho:	Lotação:
Natureza do Vínculo: <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Celetista	
Ente Federativo:	Instituição/Órgão:
Cargo:	Cargo em Comissão: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Função Comissionada <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Regime de Trabalho:	Lotação:
Natureza do Vínculo: <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Celetista	
Recebe Auxílio Alimentação de outro órgão público? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Estou em disponibilidade remunerada nos termos do Art. 41, § 3º da CF/88? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Órgão:	Tipo:	Período:
Cargo:		

Nos últimos 24 (vinte e quatro) meses foi contratado(a) com base na Lei 8.745/93? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Órgão:	
Cargo:	Período:
Órgão/Entidade:	

Está em gozo de Licença, Afastamento ou Cumprindo Aviso Prévio em algum dos vínculos públicos que detém? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
ÓRGÃO PÚBLICO:	TIPO:	PERÍODO:

VÍNCULO PRIVADO

Possui vínculo empregatício com Instituição Privada? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Instituição:	
Cidade:	UF:
Função:	Carga Horária Semanal:

Exerce atividade como Autônomo/Profissional Liberal: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Atividade:	Horário:

Está em gozo de Licença, Afastamento ou Cumprindo Aviso Prévio nos vínculos privados que detém? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EMPRESA:	TIPO:	PERÍODO:

CARREIRA MILITAR

Sou Militar: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Polícia Militar/Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> Forças Armadas
Órgão:	Cargo:
<input type="checkbox"/> Em Atividade <input type="checkbox"/> Temporário <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Reserva Remunerada	

ATIVIDADE EMPRESARIAL

Exerce Atividade Empresarial? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Condição:	
<input type="checkbox"/> Sócio-Administrador <input type="checkbox"/> Sócio Cotista <input type="checkbox"/> Sócio Comanditário <input type="checkbox"/> MEI <input type="checkbox"/> EIRELI	
Empresa/Sociedade:	
CNPJ:	Telefone da Empresa:

APOSENTADORIA

Recebe proventos de aposentadoria? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> Regime Próprio <input type="checkbox"/> RGPS (INSS)
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Voluntária <input type="checkbox"/> Incapacidade Permanente (Aposentadoria por Invalidez)		

Órgão ou Empresa:	
Cargo:	
Ato de Aposentadoria:	Data de Aposentadoria:
É beneficiário de pensão? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Órgão:	
Instituidor da Pensão:	
Grau de parentesco com o instituidor:	
Tipo de Pensão: <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar	Data da concessão:
Estou Vinculado a Programa de Residência Médica ou Multiprofissional em saúde ligada a órgão público?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Órgão:	
Descrição:	

Declaro, com base no que dispõe os incisos XVI e XVII do Art. 37 da Constituição Federal e para os fins previstos no paragrafo 5º do Art. 13 da Lei 8.112/90, que :

ESTOU CIENTE de que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, CONSTITUI CRIME, tipificado no Art. 299 (Falsidade ideológica), do Código Penal Brasileiro, ficando sujeito à pena de reclusão de um a cinco anos e multa, além de DEMISSÃO do cargo, no âmbito administrativo, após apuração em processo administrativo disciplinar, na forma do Título V da Lei 8.112/90.

Caso venha a assumir outros vínculos, assumo o compromisso de comunicar à unidade de gestão de pessoas da UFRN.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Natal, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

OBS: O Declarante deverá apresentar toda a documentação comprobatória dos Itens com resposta afirmativa no momento da apresentação da declaração preenchida e assinada.