

ANEXO IV DO EDITAL N° 223/2024

FICHA DE DADOS CADASTRAIS, CANDIDATOS CONVOCADOS – EDITAL 079/2022

MATRICULA N°: _____

N° SOLICITAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Órgão/Entidade UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB										Foto 3x4	
Nome completo (letra de forma)											
Cor/Raça <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Não dispõe da informação <input type="checkbox"/> Não declarada											
COR DOS OLHOS:					COR DOS CABELOS:						
Pai											
Mãe											
Data Nascimento			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Naturalidade			U.F.	Nacionalidade		Data Chegada
Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado						Telefone (Res.) (DDD)		Telefone (Com.) (DDD)			
Docente com deficiência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Tipo(s) de deficiência <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Baixa Visão <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Outra Deficiência Física <input type="checkbox"/> Surdo-cegueira <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla <input type="checkbox"/> Deficiência Mental								
E-Mail						Passaporte / Validade		Celular			
Endereço (Rua, N°)										Tipo Sanguíneo / RH	
Bairro			Cidade				U.F.	CEP			
CPF			Identidade		Órgão	Data Expedição	U.F.	Carteira de Trabalho N° / Série:			
Título Eleitor				Seção	Zona	U.F.	PIS/PASEP		Reservista/UF		
Escolaridade: <input type="checkbox"/> 04. 1º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 08. Curso Tec. Profissional <input type="checkbox"/> 11. Superior com Especialização <input type="checkbox"/> 05. 1º Grau Completo <input type="checkbox"/> 09. Superior Incompleto <input type="checkbox"/> 12. Superior com Mestrado <input type="checkbox"/> 06. 2º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 10. Superior Completo <input type="checkbox"/> 13. Superior com Doutorado <input type="checkbox"/> 07. 2º Grau Completo											
Profissão:					Órgão de Classe:			Registro Profissional:			

INFORMAÇÕES DA FORMAÇÃO (cursos técnico, graduação, pós-graduação)

1. Curso								Carga Horária:			
Entidade / Instituição / Local / UF						Data Início:		Data término:			
2. Curso								Carga Horária:			
Entidade / Instituição / Local / UF						Data Início:		Data Término:			
3. Curso								Carga Horária:			
Entidade / Instituição / Local / UF						Data Início:		Data Término:			

DEPENDENTES

Categoria para inclusão: Imposto de Renda Salário Família

Nome	Data Nascimento	Sexo	Grau Parentesco	Grau Instrução	Estado Civil
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Outros _____	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Outros _____	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Outros _____	

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO

Declaro, em vista das disposições constitucionais no Artigo 37, Inciso XVI, da Constituição Federal relativas a acumulação de cargos, empregos e/ou funções públicas, e sob pena de responsabilidade, que:

- Não possuo vínculo, de qualquer natureza com órgão ou entidade da administração pública, direta ou indireta de qualquer dos poderes da União, do Estado, de outro Estado, dos Municípios ou do Distrito Federal.
- Possuo vínculo com o(a) _____ ocupando o cargo/emprego de _____ sob a matrícula nº _____ obrigando a carga horária de _____.
- Esfera Pública: Federal Estadual Municipal

Data _____ Assinatura _____



::Para os campos abaixo, preencher somente os dados bancários::

NOMEAÇÃO		CONTRATAÇÃO / REDA	
Cargo:		Função:	
Classe:	C/h:	Classe:	C/h:
Portaria de Nomeação:		Período:	
Portaria de Prorrogação da Posse:		Duração:	
Posse:		Prorrogação:	
Exercício:			

COMPLEMENTOS

Unidade: _____ Local de Trabalho: _____ Município: _____

Disciplina: _____

		Ag:	C/C:
Banco: <input type="checkbox"/> BRASIL			
Edital (Nº e data Pub em Doe):	Resolução (Nº e data Pub em Doe):	Portaria Homologação (Nº e data Pub em Doe):	
Edital de Convocação (Nº e data Pub em Doe):	Em substituição a (nº mat):	Obs:	