

**ANEXO IV DO EDITAL N° 258/2024**

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

**MATRICULA N°:** \_\_\_\_\_

**N° SOLICITAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES CADASTRAIS**

Órgão/Entidade <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB</b>										Foto 3x4	
Nome completo (letra de forma)											
<b>Cor/Raça</b> <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											
<b>COR DOS OLHOS:</b>					<b>COR DOS CABELOS:</b>						
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)**

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