

ANEXO IV DO EDITAL Nº 200/2024

FICHA DE DADOS CADASTRAIS, CANDIDATOS CONVOCADOS (EDITAL 029/2024)

MATRICULA Nº: _____

Nº SOLICITAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Orgão/Entidade <b style="text-align: center;">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)		
Técnico Administrativo 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, Nº)									Tipo Sanguíneo / RH	
Bairro		Cidade				U.F.	CEP			
CPF		Identidade		Órgão	Data Expedição	U.F.	Carteira de Trabalho Nº / Série:			
Título Eleitor			Seção	Zona	U.F.	PIS/PASEP		Reservista/UF		

Escolaridade:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2º Grau Completo | <input type="checkbox"/> Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> Curso Tec. Profissional | <input type="checkbox"/> Superior com Especialização |
| <input type="checkbox"/> Superior Incompleto | <input type="checkbox"/> Superior com Mestrado |
| | <input type="checkbox"/> Superior com Doutorado |

Profissão:			Órgão de Classe:			Registro Profissional:		
------------	--	--	------------------	--	--	------------------------	--	--

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

<u>1.</u> Curso								Carga Horária:	
Entidade / Instituição / Local / UF						Data Início:		Data término:	
<u>2.</u> Curso								Carga Horária:	
Entidade / Instituição / Local / UF						Data Início:		Data Término:	
<u>3.</u> 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:		
Banco: <input type="checkbox"/> BRASIL		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: