

**ANEXO IV DO EDITAL Nº 030/2024**

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

**MATRICULA Nº:** \_\_\_\_\_

**Nº** \_\_\_\_\_

**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		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"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<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"/> 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:		
<b>INFORMAÇÕES DA FORMAÇÃO (cursos técnico, graduação, pós-graduação)</b>						
<b>1.</b> Curso					Carga Horária:	
Entidade / Instituição / Local / UF				Data Início:	Data término:	
<b>2.</b> Curso					Carga Horária:	
Entidade / Instituição / Local / UF				Data Início:	Data Término:	
<b>3.</b> 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"/> <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2º Grau Superior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2º Grau Superior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2º Grau Superior <input type="checkbox"/> <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.
- Possui 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:		
<b>Banco:</b> <input type="checkbox"/> BRASIL	<b>Ag:</b>	<b>C/C:</b>
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: