

ANEXO X DO EDITAL N.º 47/2020 – GS/SEED

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL	
Nome: _____	
RG: _____ UF: ____ CPF: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____	
Função pretendida: Professor/Professor Pedagogo	
PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR	
Atesto que o candidato acima descrito foi submetido a Exame Médico e encontra-se:	
<input type="checkbox"/> APTO para exercer a função de _____, gozando de plena saúde física e mental e não se enquadra no grupo de risco do Coronavírus	
<input type="checkbox"/> INAPTO para exercer a função de _____.	

No caso de gestante, informar: A gestante encontra-se na _____ semana de gestação. No caso de pertencer ao grupo de risco do Coronavírus informar por qual situação (De acordo com a Resolução n.º 632/2020 da SESA ou outras que vierem a substituí-la).	
Local: _____ Data: ____/____/20____	
_____ Médico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM	
=====	
Para preenchimento do candidato na data de sua contratação	
Eu, _____, RG n.º _____, declaro que nesta data de início do meu contrato de trabalho pelo regime especial permaneço em plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual estou sendo contratado.	
Local e data: _____, _____ de _____ de _____	
_____ Assinatura do(a) candidato(a)	

ANEXO XI DO EDITAL N.º 47/2020 – GS/SEED

DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE SERVIÇO PÚBLICO

Eu, _____, abaixo assinado(a),
_____(nacionalidade), _____ (estado civil), portador(a) de RG n.º
____ SSP/___ e CPF n.º _____, em atendimento ao subitem
12.22.2, declaro para o fim específico de contratação pelo processo seletivo simplificado pelo
Núcleo Regional de Educação de _____, que não fui demitido(a) ou
exonerado(a) do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal em consequência de
aplicação de pena disciplinar após sindicância, nos últimos 5 (cinco) anos, contados de forma
retroativa a partir da data da contratação a que se refere o presente Edital, e que não perdi o cargo
em razão de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida ou em cumprimento.

A não veracidade da declaração prestada é considerada como crime de falsidade ideológica,
sujeitando-me às penas na lei.

_____ - PR, ____ de _____ de 20____.

(Município)

Assinatura do(a) candidato(a)

ANEXO XII DO EDITAL N.º 47/2020 – GS/SEED

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO	
GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS - TERMO DE OPÇÃO	DESPACHO GRHS/SEED
DADOS PESSOAIS: NOME: _____ RG n.º _____ - _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: MASCULINO [] FEMININO [] ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ - _____ ESTADO: _____ FONE: (____) _____	
DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO: ÓRGÃO: _____ FEDERAL [] ESTADUAL [] MUNICIPAL [] DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: _____ LF: _____ REGIME JURÍDICO: Estatutário [] CLT [] Contrato Temporário [] Cargo Comissionado [] SITUAÇÃO: Ativo [] Inativo [] Outros [] DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: ____ horas HORÁRIO DE TRABALHO: Manhã [] das ____ às ____ Tarde [] das ____ às ____ Noite [] das ____ às ____	
DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO: ÓRGÃO: _____ FEDERAL [] ESTADUAL [] MUNICIPAL [] DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: _____ LF: _____ REGIME JURÍDICO: Estatutário [] CLT [] Contrato Temporário [] Cargo Comissionado [] SITUAÇÃO: Ativo [] Inativo [] Outros [] DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: ____ horas HORÁRIO DE TRABALHO: Manhã [] das ____ às ____ Tarde [] das ____ às ____ Noite [] das ____ às ____	
DADOS DO 3º CARGO/EMPREGO: ÓRGÃO: _____ FEDERAL [] ESTADUAL [] MUNICIPAL [] DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: _____ LF: _____ REGIME JURÍDICO: Estatutário [] CLT [] Contrato Temporário [] Cargo Comissionado [] SITUAÇÃO: Ativo [] Inativo [] Outros [] DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: ____ horas HORÁRIO DE TRABALHO: Manhã [] das ____ às ____ Tarde [] das ____ às ____ Noite [] das ____ às ____	
DECLARAÇÃO: Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me na forma da Lei pela exatidão da presente Declaração. Data: ____/____/____ Assinatura do (a) Declarante _____	
TERMO DE OPÇÃO: Faço opção pelo cargo: Assinatura do(a) Declarante _____ Data: ____/____/____	