



ANEXO VI
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Nome: _____
RG: _____
UF: _____
CPF: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Sexo: _____
Função pretendida: _____

PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR

Atesto que o candidato acima descrito foi submetido a Exame Médico, goza de plena saúde física e mental e encontra-se:

() APTO para exercer a função de

() INAPTO para exercer a função de

No caso de gestante, informar: A gestante encontra-se na _____ semana de gestação com data prevista para o parto em ____/____/____.

Local: _____ Data: ____/____/____/2023.

Médico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM

Para preenchimento do candidato na data de sua contratação Eu _____ RG _____ 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 _____/_____

Assinatura do Candidato



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA BÁRBARA
Rua Walfredo Bittencourt de Moraes nº 222, ☎(43.266.1222) CNPJ nº 95.561.080/0001-60
E-mail: pmnsb@nsb.gov.pr.br - Nova Santa Bárbara – Paraná

ANEXO VIII
DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO

Eu, _____, RG: _____, CPF:

_____.
DECLARO, sob as penas da lei, para fins de posse no cargo público/função pública de _____ na Prefeitura Municipal de Nova Santa Bárbara, **QUE NÃO EXERÇO** qualquer cargo, emprego, ou função pública junto à administração pública direta, autarquias, fundações, empresas públicas, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, que seja inacumulável com o cargo em que tomarei posse, em consonância com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal; **DECLARO,** também, que não me encontro afastado por motivo de licença médica ou licença para tratar de assuntos particulares de qualquer outro cargo, emprego ou função pública junto à administração pública; **DECLARO,** outrossim, **QUE NÃO PERCEBO** proventos de aposentadoria decorrente do art.

40 ou dos arts. 42 e 142 da Constituição Federal, que seja inacumulável com o cargo em que tomarei posse;

DECLARO, mais, estar ciente de que devo comunicar a esse Órgão qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos, sob pena de instaurar-se processo administrativo disciplinar na forma da legislação vigente;

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis;

DECLARO, por fim, que tomo ciência de toda a legislação supra referida.

Nova Santa Bárbara, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do Candidato



ANEXO X

DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA/FINAL DE LISTA

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado(a), () desisto, em caráter irrevogável, da minha classificação do Processo de Seletivo Simplificado - PSS regulamentado pelo Edital n.º **001/2023** - PMNSB/PR, de ____ / ____ / 2023.

() Solicito final de lista - PSS regulamentado pelo Edital n.º **001/2023**- PMNSB/PR

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA: _____

RG: _____