

 <p data-bbox="267 220 527 283">INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA SÃO PAULO</p>	<p data-bbox="544 115 1485 241">SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL</p>
--	---

FORMALIZAR, OBRIGATORIAMENTE, PROCESSO NO PROTOCOLO GERAL

NOME		MATRÍCULA SIAPE	
CARGO		TELEFONE	
CPF	RG		
ENDEREÇO:			
		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO:		CEP	
MUNICÍPIO:		UF	

Vem requerer à Diretoria de Administração de Pessoal do IFSP:

APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

<p>ANEXAR OBRIGATORIAMENTE OS SEGUINTE DOCUMENTOS:</p>
<p>- ORIGINAL DA CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO (INSS – MUNICÍPIO – ESTADO)</p>
<p>- CÓPIA DA DECLARAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA COMPLETA</p>
<p>- CÓPIA DO ÚLTIMO CONTRACHEQUE</p>
<p>- CÓPIA DO CPF</p>
<p>- CÓPIA DO RG</p>
<p>- DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS</p>
<p>- DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES</p>
<p>Em, ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do Requerente</p>



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
SÃO PAULO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS/EMPREGOS PÚBLICOS (para cumprimento do disposto no Título IV, Capítulo III, da Lei nº 8.112/90, na redação dada pela Lei nº 9.527/97)

_____,
nome completo

em atividade / aposentado no cargo / emprego / função de

_____, neste IFSP,

em regime de: 20 horas semanais - 40 horas semanais - Dedicção Exclusiva,

DECLARA que:

NÃO ACUMULA cargo/emprego/função/proventos de inatividade/pensão em órgãos da Administração Direta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem assim de suas Autarquias, inclusive as em regime especial, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundações mantidas pelo Poder Público e demais entidades sob seu controle direto ou indireto.

ACUMULA o cargo/emprego/função de _____
_____, em regime de
_____, no órgão _____.

ACUMULA proventos de aposentadoria/ pensão, desde ____/____/____, referentes ao cargo de
_____, junto ao órgão
_____.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
SÃO PAULO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME

CARGO

DECLARA que mantém economicamente as seguintes pessoas, cuja relação de dependência, especifica abaixo:

N°	Nome	Relação de Parentesco	Data de Nascimento
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

Obs.: Especificar motivos de dependência de maiores de 21 anos.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura