



Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal
Coordenação Regional de Ensino _____

DISCIPLINA:

TURNO:

CLASSIFICAÇÃO:

**FORMULÁRIO DE
INFORMAÇÕES CADASTRAIS
INCA**

MATRÍCULA:

DADOS PESSOAIS				
Nome			CPF:	
Endereço			Bairro	
Cidade	UF	CEP	Celular	Telefone
Pai		Mãe		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> 1-Solteiro <input type="checkbox"/> 2-Casado <input type="checkbox"/> 3-Sep. Judicialmente <input type="checkbox"/> 4-Divorciado <input type="checkbox"/> 5-Viúvo <input type="checkbox"/> 6-União Estável		Nome do Cônjuge		
Data de Nascimento ____/____/____	Nacionalidade	Naturalidade	UF	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> 17-Ens. Médio Completo <input type="checkbox"/> 19-Superior Completo	E-MAIL:			Deficiência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 0-Indígena <input type="checkbox"/> 2-Branca <input type="checkbox"/> 4-Preta <input type="checkbox"/> 6-Amarela <input type="checkbox"/> 8-Parda			
Tipo de Habitação: <input type="checkbox"/> 2-Alugada <input type="checkbox"/> 3-Imóvel Funcional <input type="checkbox"/> 4-Cedida <input type="checkbox"/> 6-Alojamento <input type="checkbox"/> 7-Própria-Quitada <input type="checkbox"/> 8-Própria Financiada			Tipo Sanguíneo: <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> NI Doador de Sangue: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Carteira de Identidade nº	Órgão Expedidor	UF	Data de Expedição ____/____/____	
PIS/PASEP nº	Data do Cad. PIS/PASEP ____/____/____	Agência BRB	Conta Corrente BRB	
Título de Eleitor nº	Zona	Seção	Município	UF
Certificado Militar nº	Série	Órgão	Ano de Serviço	UF
DADOS DA CARGA				
<u>Componente Curricular:</u>		<u>Série:</u>	<u>Área:</u>	<u>Classificação</u>
<u>CRE:</u>		<u>Unidade de Encaminhamento (Escola/Código):</u>		
<u>Nome do Substituído:</u>		<u>Turno:</u> <input type="checkbox"/> Diurno (M/V) <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Noturno		<u>CH:</u>
<u>Matrícula:</u>				

Motivo da Carência:	Período da Carência:
----------------------------	-----------------------------

Se já possui matrícula na SEEDF, preencher os dados abaixo:

Matrícula:	Período trabalhado:
CRE:	
DISCIPLINA:	

Acumulação de Cargo

Declaro para os devidos fins que () ACUMULO / () NÃO ACUMULO cargo/emprego/função na Administração Pública. Se acumular cargo público, preencher declaração própria.	
Declaro para os devidos fins que () NÃO estou nomeado ou designado, ainda que a título precário ou em substituição, para o exercício de cargo em comissão ou função de confiança, conforme vedação prevista no art. 9º, inciso II da Lei 4.266/2008.	
_____	_____
Local e Data	Assinatura

Declaração de bens

Declaro para os devidos fins que, nesta data, o meu patrimônio é constituído dos seguintes bens e valores:	
Bens	Valor
() NADA A DECLARAR	

Declaração de penalidades impostas

DECLARO para todos os efeitos legais, não haver sofrido ou estar cumprindo, no exercício profissional ou de qualquer função pública, penalidade disciplinar de suspensão ou demissão, aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal, que seja incompatível com a nova atividade.	
_____	_____
Local e Data	Assinatura

Termo de Responsabilidade

Declaro, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas.	
_____	_____
Local e Data	Assinatura

Declaração de Quitação Eleitoral/Serviço Militar

A Secretaria de Estado de Educação declara que o(a) servidor(a) apresentou:	
<input type="checkbox"/> Prova de quitação eleitoral	
<input type="checkbox"/> Comprovante de regularidade com o serviço militar	

Responsável pelo recebimento na CRE

_____	_____
Local e Data	Assinatura/ Matrícula