



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"/> 19-Superior Completo		E-MAIL:		PCD: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	PNP: <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>					
<u>Motivo da Carência:</u>		<u>Período da Carência:</u>			

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

Matrícula:	Período trabalhado:
CRE:	
DISCIPLINA:	

Acumulação de Cargo

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.

SE ACUMULA, PREENCHER DECLARAÇÃO PRÓPRIA

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	

Termo de Responsabilidade de Saúde

Eu, _____, CPF: _____, declaro sob as penas da lei que não me encontro em Licença para Tratamento de Saúde, Licença Gestante ou com Limitação de atividades, e que estou apto(a) a firmar contrato temporário para docência com a SEEDF.

Declaração de Ciência

Eu, _____, RG _____, SSP _____, CPF _____, declaro ter ciência de que fui informado (a) pela Unidade de Gestão de Pessoas-UNIGEP que a carência por mim escolhida no dia _____ de _____ de 2024, **poderá ter um (a) professor (a) efetivo (a) encaminhado (a) a qualquer momento**, durante o ano letivo de 2024, enviado pela gerência de Lotação e Movimentação ou Unidade Regional de Gestão de Pessoas, e que meu vínculo **não gera qualquer direito em pleitear carência(s) ocupada(s) por professor(es) substituto(s)** no âmbito desta Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, independentemente do critério de classificação no certame.

Declaro ter ciência de que, em decorrência da situação apresentada acima, retornarei ao banco de professores substitutos e aguardarei novo contato para suprir carência em quaisquer unidades escolares da rede pública de ensino do Distrito Federal, conforme preconizam as Normas Regulamentadoras da matéria. Declaro ter ciência das normas do processo de contratação temporária regulamentados pelo Edital Normativo nº 53/2023 – SEEDF, pela Lei Distrital nº 4.266/2008 e demais regulamentos vigentes.

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.

Termo de Responsabilidade

Declaro, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas.

Local e Data

Assinatura

Responsável pelo recebimento na CRE

Local e Data

Assinatura/Matrícula