

CÂMARA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA

Departamento de Recursos Humanos

Avisado Para:

Recebido em:

____/____/____

Assinatura / RG

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS

Identificação do Servidor

Nome:

CPF:

e-mail:

Nome para contato:

Telefone/Ramal:

Senhor(a) diretor(a) do Departamento de Recursos Humanos, requeiro a Vossa Senhoria o documento abaixo indicado:

Declaração Funcional para prova perante o(a)

(Nome do órgão/entidade)

*A Declaração Funcional contém cargos exercidos e período trabalhado. Se for necessária outra informação, especificar no campo "OBSERVAÇÕES".

Declaração perante o INSS

Aposentadoria

Pensão por Falecimento

Auxílio Doença

Averbação de Tempo de Contribuição

Declaração de cargos/funções para prova perante o(a)

onde exerço:

(cargo efetivo ou comissionado)

Outros documentos (cópia de documento). Especificar:

Observações:

Preencher os campos abaixo, conforme o caso.

AUTORIZO a pessoa abaixo identificada a receber o documento:

Nome:

Nro da Identidade:

Telefone/Ramal:

AUTORIZO o envio do documento para o endereço (*servidores exonerados residentes fora de Uberlândia):

Endereço:

Complemento:

Cidade:

CEP:

UF:

Observações: a) A Certidão de tempo de contribuição, para averbação em órgão público, deve ser solicitada ao INSS, conforme o art. 130 do Decreto nº 3.048/1999, e art. 40, § 13 da Constituição Federal;

b) Os documentos aqui disponibilizados têm validade de 30 (trinta) dias;

c) Os servidores que tiverem pendências perante esta Casa (apresentação de cópia do Imposto de Renda, Declaração de Bens e Prestação de Contas) devem regularizá-las previamente.

Local/Data:

, / /

Assinatura do servidor ou do vereador correspondente a sua lotação

Obs.: Para a liberação do documento requerido é imprescindível encaminhar via original deste documento, devidamente assinado, para a Câmara Municipal de Uberlândia - Departamento de Recursos Humanos - Av. João Naves de Ávila, 1617 - Bairro Santa Mônica - CEP: 38.408-100 - Uberlândia - MG - (34) 3239-1129 / 3239-1180 - Fax: (34) 3239-1206 - e-mail: rh@camarauberlandia.mg.gov.br

Indeferido: _____

Avisado Para: _____

Servidor responsável: _____