



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRANA

Rua: Dr. Tancredo de Almeida Neves, 176 – CEP 14.150-000 – Serrana-SP
www.serrana.sp.gov.br – info@serrana.sp.gov.br – 16 3987 9244



DECLARAÇÃO DE ACÚMULO

FARMACÊUTICO

Eu.....

RG, CPFchamado(a) pela Prefeitura Municipal de Serrana- SP para ocupar o cargo deatravés do concurso público nº 001/2018, em conformidade com a LC nº 532/2020, com carga horária mensal de 100hs mensais, 20hs semanais e 4hs diárias trabalhadas de segunda a sexta feira, de acordo com a necessidade da secretaria, ciente da jornada que tenho a cumprir, declaro:

NÃO ACUMULO CARGO E TENHO DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO.

ACUMULO CARGO E OS HORÁRIOS SÃO **COMPATÍVEIS**.

ACUMULO CARGO E OS HORÁRIOS SÃO **INCOMPATÍVEIS**.

Acumulo cargo em _____,

na função de: _____, e apresento nesse momento os documentos referentes ao cargo acumulado, porém **com compatibilidade de horário**.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente para que surta os devidos efeitos, ficando ciente de que em caso de inveracidade comprovada estarei sujeito às penalidades cabíveis.

Serrana, de de 2020.

Assinatura