

DECLARAÇÃO DE TEMPO DE ATIVIDADE ESPECIAL

ANEXO IX

| | | |
|------------------|-------|------------|
| Orgão Expedidor: | CNPJ: | Matrícula: |
|------------------|-------|------------|

| | |
|-------------------|--|
| Nome do Servidor: | SEXO: Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> |
|-------------------|--|

| | |
|-----------|---------------------|
| Filiação: | Data de Nascimento: |
|-----------|---------------------|

| | |
|-----------|------|
| Endereço: | Cep: |
|-----------|------|

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Ocupação Exercida Enquanto Celetista: | Unidade de Lotação/Exercício: |
|---------------------------------------|-------------------------------|

| | |
|-------------------|------------------------------------|
| Data de Admissão: | Data de Exoneração/Redistribuição: |
|-------------------|------------------------------------|

● Período de Contribuição Expedido nesta Certidão:

| | | |
|-------------------------------------|----------------------|-------------|
| De: ____/____/____ a ____/____/____ | Fonte de Informação: | Frequência: |
|-------------------------------------|----------------------|-------------|

| Ano | Tempo | Bruto | Faltas | Licenças | Licença Vencimentos | Suspensões | Disponibilidade | Outras | Tempo Líquido |
|-----|-------|-------|--------|----------|---------------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| |
|---------------|
| TOTAL: |
|---------------|

Declaro que o interessado (a) conta, de tempo de serviço público prestado sob condições insalubres, penosas e perigosas, ou em exercício de atividades com Raio X e substâncias radioativas, o tempo de ____ dias, correspondente a ____ anos, ____ meses e ____ dias. (por extenso)

O tempo a que se refere esta Declaração somente poderá ser utilizado para fins de comprovação de tempo de atividade especial junto ao Regime Próprio de Previdência do Estado do Pará.

Lavrei a Certidão que não contém emendas nem rasuras.
Local e data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do servidor

Visto do Dirigente da Unidade de Recursos Humanos do Órgão
Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo