Instituto de Gestão Previdenciário do Estado do Pará

GOVERNO DO PARÁ

DECLARAÇÃO DE TEMPO DE ATIVIDADE ESPECIAL

ANEXO IX

Orgão Expedidor: | CNPJ: | Matrícula:

Nome do Servidor: | Sexo: Feminino: ☐ Masculino: ☐

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	Suspenções	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