PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À ESCOLA
COORDENADORIA SETORIAL DE GESTÃO DE PESSOAS

ACÚMULO DE CARGO

	ACÚMULO		NÃO ACÚMULO		APOSENTADO

ESCOLA ATRIBUÍDA NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO:

DISCIPLINA OU CAMPO DE ATUAÇÃO:

DADOS PESSOAIS DO PROFESSOR:

NOME:

R.G.:

ENDEREÇO: Nº:

BAIRRO: CEP:

CIDADE: FONE:

ESCOLA ONDE TEM ACÚMULO:

ENDEREÇO DA ESCOLA ONDE TEM ACÚMULO:

BAIRRO: CEP:

CIDADE: FONE:

HORÁRIO	2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA

DECLARAÇÃO:

Declaro para fins de acúmulo remunerado que não poderei ultrapassar 64 horas semanais efetivamente trabalhadas.

INCLUIR O Nº E HORÁRIO DE HTFC: INCLUIR O Nº DE HTPL:

OBSERVAÇÕES:

Campinas, de de .

ASSINATURA: