

| | | | | |
|----------|--|---------|--|------------|
| | | | | |
| | Total | | | |
| B | Exercício de Chefia a partir de 21/12/1992 | | | |
| | Exercício | | Tempo de Serviço em | |
| | Início | Término | Dias | meses anos |
| | | | | |
| | Total | | | |
| C | Cursos | | | |
| | Curso com carga horária somatória mínima de 80 horas. | | ANEXO III – DECLARAÇÃO EMITIDA PELA UNIDADE DE RH, ACOMPANHADA DE RELAÇÃO E CÓPIA AUTENTICADA DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS. | |
| | Carga Horária Total: horas | | | |
| D | Graduação 350 horas conforme disposto no inciso III dor art. 1º | | | |
| | Curso: | | | |
| | Entidade: | | | |
| | Carga Horária: | | | |

| | | | | |
|---|--|---------|---|---|
| REQUISITOS PARA DUAS REFERÊNCIAS | | | | |
| A | Exercício de Cargos de Direção/Gerência/Coordenação ou Chefia de Unidade Administrativa | | | |
| | Exercício | | Tempo de Serviço em | |
| | Início | Término | Dias | meses anos |
| | | | | |
| | Total | | | |
| B | Curso de Graduação | | | Nome do Cargo/Simbologia: "AE1", "DAS", "DCA-01, ou "DCA-02, ou "DCA-03 |
| | Curso: | | Período: de | / / |
| | Entidade: | | Até | / / |
| C | Curso de Pós-Graduação 360 horas | | | |
| | Curso: | | | |
| | Entidade: | | | |
| | Carga Horária: | Título: | Período: de | / / |
| D | Curso com carga horária somatória mínima de 160 horas. | | ANEXO IV – DECLARAÇÃO EMITIDA PELA UNIDADE DE RH, ACOMPANHADA DE RELAÇÃO E CÓPIA AUTENTICADA DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS. | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| TERMO DE OPÇÃO DO REQUISITO | | |
| Declaro na presente data e para os fins do previsto no art. 2º, do Decreto nº 2.333, de 10/12/2003, que estou optando pelo requisito assinalado abaixo: | | |
| UMA REFERÊNCIA: | <input type="checkbox"/> A – Cargo em Comissão <input type="checkbox"/> B – Chefia <input type="checkbox"/> C – Cursos 80 horas <input type="checkbox"/> D – Graduação 350 horas | Em, de de . |
| DUAS REFERÊNCIAS: | <input type="checkbox"/> A – Cargo em Comissão <input type="checkbox"/> B – Curso de Graduação <input type="checkbox"/> C – Curso de Pós-Graduação <input type="checkbox"/> D – Cursos 160 horas | _____ Assinatura do Servidor |

Por ser verdade, eu abaixo assinado, responsável pela Unidade de Recursos Humanos Setorial, assumo toda e qualquer responsabilidade, acerca da veracidade das informações prestadas neste formulário.
Em, de de .

Assinatura e Carimbo do responsável pelo RH