|  |  |
| --- | --- |
| GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS  ÓRGÃO: Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ | DECLARAÇÃO DE CARGOS/EMPREGOS (§1º Art. 42 da Lei nº. 1.762/86, Alterada pela Lei nº. 2.531/99). |

|  |
| --- |
| NOME DO SERVIDOR:  ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: FHAJ  CARGO:  Está sob regime de Tempo Integral? Sim Não Com Dedicação Exclusiva? Sim Não |

|  |
| --- |
| Declarar outras atividades que exerce qualquer que seja a relação de emprego e/ou forma de remuneração, específico que se segue: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Órgão | Cargo | Horário |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Declaro que não exerço nenhum outro Cargo ou Emprego além do(s) mencionado(s) neste formulário e responsabilizo-me pela veracidade das declarações aqui prestadas.  Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Declarante |