PRODEP

PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

REQUERIMENTO DE VACÂNCIA / EXONERAÇÃO DE CARGO EFETIVO

DADOS DO/A SERVIDOR/A

Nome:	**Matrícula SIAPE:**
Nome Social:	
E-mail pessoal:	**DDD e Telefone:**
Cargo:	
Lotação:	

Solicitação:

◯ Com respaldo no inciso I do Art. 33 e no Art. 34 da Lei n. 8.112/1990, solicito espontaneamente e em caráter irrevogável a **EXONERAÇÃO** do cargo acima mencionado, a partir de

◯ Com respaldo no inciso VIII do Art. 33 da Lei n. 8.112/1990, solicito a **VACÂNCIA POR POSSE EM OUTRO CARGO INACUMULÁVEL** do cargo acima mencionado, a partir de

Declaro que:

☐ Recebo o Auxílio Saúde Suplementar pago pela UFBA (anexar comprovante de pagamento das mensalidades do Plano, referentes ao ano em curso e ao ano anterior);

☐ Não recebo o Auxílio Saúde Suplementar pago pela UFBA;

– Estou ciente das situações que podem configurar conflito de interesses após o exercício do cargo na Universidade, conforme a Lei n. 12.813/2013.

– Existindo débito em decorrência dos acertos financeiros de minha exoneração/vacância ou de qualquer outra reposição ao erário sob minha responsabilidade, me comprometo a quitá-lo de acordo com o Art. 47 da Lei n. 8.112/1990;

– Declaro ainda que, caso eu tenha me afastado para Estudo ou Missão no Exterior ou para Participação em Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* no País ou no exterior e não tenha decorrido período igual ao do afastamento após meu retorno, me comprometo em ressarcir ao erário as despesas incorridas, conforme determina o § 2º do Art. 95 e os §§ 4º e 5º Art. 96-A da Lei n. 8.112/1990, nos termos do Art. 47 da Lei n. 8.112/1990.

Anexar:

– Cópia do RG/CPF;

– Cópia do Diário Oficial em que conste a Portaria de Nomeação em outro cargo público *(apenas nos casos de Vacância por posse em outro cargo inacumulável)*;

– Comprovante de pagamento das mensalidades do Plano de Saúde, referentes ao ano em curso e ao ano anterior *(caso seja beneficiário do Auxílio Saúde Suplementar pago pela UFBA)*.

Local, data e Assinatura do/a Servidor/a:

....., ... de ..... de .....
(Cidade/Estado)

Assinatura: .....

MANIFESTAÇÃO/CIÊNCIA DA UNIDADE UNIVERSITÁRIA/ÓRGÃO:

Se for o caso, as assinaturas podem ser anexadas via SIPAC.

Ciência da Chefia Imediata:

Data: ...../...../..... Assinatura e Carimbo.....

Declaração do Dirigente da Unidade Universitária / Órgão:

Declaro, para os devidos fins, que o/a requerente não responde a Processo Administrativo Disciplinar no âmbito desta Unidade Universitária/Órgão.

Data: ...../...../..... Assinatura e Carimbo.....