

Nestes termos, pede deferimento.

(Local) _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) voluntário (a): _____

Recebido por:

Posto/Grad-Nome legível e assinatura do responsável da CRAD - DRSP

ANEXO I
 MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO DE CARGO PÚBLICO CIVIL E/OU MILITAR

De: _____	Assunto: Declaração de acumulação ou não de cargo público civil e/ou militar.
Ao: Presidente da Comissão de Recebimento e Avaliação de Documentos (CRAD) - DRSP	Anexos: _____

Eu, _____ (nome completo), id. nº _____, CPF nº _____, candidato voluntário (a) no Processo Seletivo Simplificado OTVS 1-2023, inscrição nº _____, **DECLARO**, sob as penas da lei, para fins de comprovação junto à Diretoria de Recrutamento e Seleção de Pessoal, que:

() **Não exerço** nenhum outro cargo público nos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (estende-se a empregos e funções públicas, e abrange autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista e suas subsidiárias, assim como sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público).

() **Exerço** o(s) cargo(s) público(s) ou emprego(s) público(s) abaixo:

De _____ no Município/Estado/União, cuja carga horária semanal é de _____ horas.

De _____ no Município/Estado/União, cuja carga horária semanal é de _____ horas.

De _____ no Município/Estado/União, cuja carga horária semanal é de _____ horas.

e que:

() **Exerço** a atividade militar temporária abaixo:

De _____ (cargo/função) nas Forças Armadas _____ (Exército do Brasil, Marinha ou Aeronáutica) desde o ano de _____ (semestre/ano).

De _____ (cargo/função) nas Forças Auxiliares _____ (Polícia Militar ou Corpo de Bombeiros) desde o ano de _____ (semestre/ano).

() **Exerci previamente** a atividade militar temporária abaixo:

De _____ (cargo/função) nas Forças Armadas _____ (Exército do Brasil, Marinha ou Aeronáutica) no período de _____ (semestre/ano) a _____ (semestre/ano).

De _____ (cargo/função) nas Forças Armadas _____ (Exército do Brasil, Marinha ou Aeronáutica) no período de _____ (semestre/ano) a _____ (semestre/ano).

Observação (se for o caso): _____

(Local) _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) voluntário (a): _____

Recebido por:

Posto/Grad-Nome legível e assinatura do responsável da CRAD - DRSP

ANEXO J
 TERMO DE COMPROMISSO PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO MILITAR TEMPORÁRIO VOLUNTÁRIO DE SAÚDE

De: _____	Assunto: Termo de Compromisso para Prestação do Serviço Militar Temporário Voluntário de Saúde.
Ao: Presidente da Comissão de Recebimento e Avaliação de Documentos (CRAD) - DRSP	Anexos: _____

Eu, _____ (nome completo), Identidade nº _____, CPF nº _____, voluntário (a) ao OTVS 1-2023, inscrição nº _____, declaro que sou voluntário(a) à convocação pelo período de até 12 (doze) meses para a prestação do Serviço Militar Temporário Voluntário de Saúde, na localidade escolhida e na Unidade de Saúde da PMERJ para a qual for designado(a), sujeitando-me, se for aceito(a), a todos os deveres e obrigações militares previstos na legislação em vigor, e conhecedor de que, **no exclusivo interesse da Administração, e dependendo da existência de vagas e do meu desempenho profissional, poderão ser concedidas prorrogações anuais deste vínculo, não ultrapassando o período de 24 (vinte e quatro) meses.**

(Local) _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) voluntário (a): _____

Recebido por:

Posto/Grad-Nome legível e assinatura do responsável da CRAD - DRSP

ANEXO K
 MODELO DE CURRÍCULO PROFISSIONAL
 (a partir do item II, está autorizada a juntada de currículo lattes em substituição)

I - INFORMAÇÕES PESSOAIS

1- NOME: _____

2- FILIAÇÃO:

PAI: _____

MÃE: _____

3- NASCIMENTO:

DATA: ____/____/____

LOCAL (CIDADE E ESTADO): _____

4- IDENTIDADE:

Nº: _____ ÓRGÃO: _____ DATA EXP.: ____/____/____

5- CARTEIRA PROFISSIONAL:

Nº: _____ SÉRIE: _____

6- CPF Nº: _____ PIS/PASEP: _____

7- TÍTULO DE ELEITOR:

Nº: _____ ZONA: ____ SEÇÃO: _____ LOCAL: _____

8- CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO Nº: _____

9- ESTADO CIVIL: _____

10- ENDEREÇO ATUAL: _____

11- E-MAIL: _____

12- TELEFONE: _____

II - FORMAÇÃO E PÓS-FORMAÇÃO

13- CURSO DE NÍVEL SUPERIOR: _____

ESTABELECIMENTO: _____

(instituição de ensino reconhecida pelo órgão oficial federal, estadual, distrital, municipal ou regional de ensino competente).

CIDADE/ESTADO: _____

PERÍODO DE REALIZAÇÃO: _____

CARGA HORÁRIA: _____

14- CURSO DE PÓS-FORMAÇÃO: _____

ESTABELECIMENTO: _____

(instituição de ensino reconhecida pelo órgão oficial federal, estadual, distrital, municipal ou regional de ensino competente).

CIDADE/ESTADO: _____

PERÍODO DE REALIZAÇÃO: _____

CARGA HORÁRIA: _____

III - CURSOS COMPLEMENTARES

15- CURSO DE APERFEIÇOAMENTO: _____

ESTABELECIMENTO: _____