**REQUERIMENTO DE VACÂNCIA**

**(Exoneração ou Posse em Cargo Inacumulável)**

Ao(À) Magnífico(a) Reitor(a) da Universidade Federal Rural de Pernambuco:

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula SIAPE n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado(a) no(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho respeitosamente perante V. Magnificência requerer, com fundamento na Lei n° 8.112/1990:

( ) Vacância por Exoneração (art. 33, I c/c art. 34), com vigência a partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

Justificativa para o pedido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Vacância por posse em cargo inacumulável (art. 33, VIII), com vigência a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (recomenda-se que seja utilizada a data exata da posse no novo cargo, considerando tratar-se de outro órgão da esfera federal).

Nome do novo Órgão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Local e data) Assinatura do(a) servidor(a)

**Documentação:**

Anexar Cópia da Portaria de nomeação em outro cargo público (no caso de vacância por posse);

Anexar Declaração de Bens e Valores (AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DAS DECLARAÇÕES

DO IRPF) IN-TCU nº 87, de 12/08/2020

Caso recebeu o auxílio-saúde, deve apresentar a comprovação que faltar das despesas com o plano de saúde.

O servidor deverá devolver a identidade funcional e/ou crachá**.**

|  |
| --- |
|  |

Declaro que não recebi minha carteira funcional e/ou crachá.

|  |
| --- |
| Dados para contato:  Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefones: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEL. ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Base Legal:

Lei nº 8.112/90