**ANEXO I**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL OU NATO-DIGITAL** | | |
| **SENHOR PROFESSOR CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS** | | |
| Nome Completo: | | SIAPE |
| Nacionalidade: | Profissão: | Estado Civil: |
| RG ou documento oficial de identidade: | CPF nº: | Nº do título de eleitor: |
| Telefones para contato com DDD: | E-mail: | |
| Titulação Acadêmica  (Maior Formação) |  | |
| Endereço residencial: | | |
| *Unidade de lotação/localização de origem:* | | |
| *Regime de Trabalho:* | | |
| *Cargo:* ***Professor do Magistério Superior*** | | |
| **Vem, perante Vossa Senhoria, requerer inscrição no Processo Seletivo de Remoção para o Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas, Edital DPS/CCM/UFPB nº 2/2023, conforme especificações a seguir:** | | |
| Departamento responsável:  **DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS (DPS/CCM)** | | Área do conhecimento para qual deseja se inscrever/concorrer (Item 1.1 do Edital)  **Saúde Coletiva ou áreas afins** |
| **Declaro e atesto que conheço integralmente e aceito incondicionalmente as normas que regem este certame (Edital DPS/CCM/UFPB nº 2/2023), notadamente as constantes no Art. 36, da Lei nº 8112/1990, a Instrução Normativa nº 01/2014 – atualizada em 20/11/2017 da PROGEP/UFPB e o art nº 164 do Regimento Geral da UFPB. Nestes termos, pede deferimento.** | | |
| [ ] Nos termos constantes nos itens 3.6 e 5.3 (Edital DPS/CCM/UFPB nº 2/2023) solicito o aproveitamento das peças processuais, referente aos pontos detalhados no item 5.2, constante no processo administrativo citado a seguir, bem como, em demais processos administrativos que tenha objeto de solicitação correlato à vaga descrita neste edital, pelo qual anexo aos autos deste processo administrativa a documentação comprobatória pertinente à matéria em questão.    Processo Administrativo que será aproveitado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_**  [ ] Nos termos constantes nos itens 3.6 e 5.3 (Edital DPS/CCM/UFPB nº 2/2023) declaro que não tenho e/ou pretendo fazer uso das peças processuais relativas a processos administrativos pretéritos à vaga descrita neste edital**.** | | |
| Local e data: | Assinatura do candidato | |

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO E TERMO DE ACEITE DO EDITAL QUE DISCIPLINARÁ O PROCESSO SELETIVO PARA REMOÇÃO DE PROFESSOR(A) DO MAGISTÉRIO SUPERIOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA PARA O DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente de todas as normas e condições estabelecidas no Edital DPS/CCM/UFPB Nº 2/2023, referente ao processo seletivo de remoção para o Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, da Universidade Federal da Paraíba, Campus I. Declaro ainda de forma explicita e/ou tácita:

* Ter plena ciência do teor exposto no Edital que regulamenta este Processo Seletivo de Remoção.
* Que estou ciente que, em caso de omissão de dados ou prestação de informações falsas, terei a solicitação de remoção cancelada, sendo declarado nulo todo o ato dela decorrente, em qualquer fase do processo da seleção ou após sua realização, sem prejuízo das sanções administrativas cabíveis apuradas mediante Processo Administrativo específico.
* Que a participação nesta chamada pública não gera o direito de ser removido, ou seja, gera apenas expectativa de remoção.
* Que as instâncias administrativas que compõem esta UFPB se reserva ao direito de não efetivar a remoção da(s) vaga(s) ofertada(s) neste edital, caso o(s) servidor(es) inscrito(s) não atenda(m) às exigências normativas; não seja(m) aprovado(s) na avaliação; e/ou não atenda(m) ao interesse institucional.
* Que não haverá qualquer pagamento a título de ajuda de custo, no caso de remoção regida por esta Chamada Pública.
* Que a falta de documentos, conforme indicado neste Edital, implicará no indeferimento da minha solicitação de remoção.
* Que atendo a todos os requisitos para remoção objeto deste Edital.

,\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do/a docente

**ANEXO V**

**MODELO DE CERTIDÃO DEPARTAMENTAL**

**CERTIDÃO**

Certifico que foi **APROVADO**, (por unanimidade ou total de voto favoráveis, desfavoráveis e/ou abstenções), em Reunião xxxx (Ordinária ou Extraordinária) do Colegiado do Departamento xxxxxxxxxxxxxx do Centro de xxxxxxxxxxxx da Universidade Federal da Paraíba (sigla da Unidade/Centro de Ensino), realizada no dia xx de mês de 2023, **PARECER FAVORÁVEL** emitido pelo membro relator(a) nome completo do relator(a), SIAPE, quanto ao pleito requerido pelo(a) servidor(a) **nome completo do(a) servidor(a) que deseja ser removido para o Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas**, SIAPE nº xxxxx; lotado/a e localizado/a no nome do Departamento de Origem do(a) Candidato/a do Centro de Origem, sob o regime de trabalho de yy (T20; T40 ou Dedicação Exclusiva), quanto ao participação do(a) requerente no processo seletivo de remoção disciplinado pelo do **EDITAL Nº 2/2023 – DPS/CCM/UFPB (PROCESSO SELETIVO PARA REMOÇÃO DE PROFESSOR(A) DO MAGISTÉRIO SUPERIOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA PARA O DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS)** e que na hipótese de êxito do(a) requerente supracitado(a), no processo seletivo em tela, este departamento (nome do Departamento de Origem do(a) Candidato/a do Centro de Origem) se compromete em receber como contrapartida à materialização da remoção objeto deste Edital, o código de vaga e crédito de horas equivalente à um docente do magistério superior sob o regime de trabalho de 20 (vinte) horas semanais (T20) do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (DPS/CCM/UFPB), conforme regramento pormenorizado no **EDITAL Nº 2/2023 – DPS/CCM/UFPB** e demais normativas conexas.

,\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do/a Presidente do Colegiado Departamental