



INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
SÃO PAULO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO  
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

**FORMALIZAR, OBRIGATORIAMENTE, PROCESSO NO PROTOCOLO GERAL**

NOME		MATRÍCULA SIAPE	
CARGO		TELEFONE	
CPF	RG		
ENDEREÇO:			
		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO:		CEP	
MUNICÍPIO:		UF	

**Vem requerer à Diretoria de Administração de Pessoal do IFSP:**

**APOSENTADORIA POR INVALIDEZ**

**ANEXAR OBRIGATORIAMENTE OS SEGUINTE DOCUMENTOS:**

- ORIGINAL DA CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO (INSS – MUNICÍPIO – ESTADO)
- CÓPIA DA DECLARAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA COMPLETA
- CÓPIA DO ÚLTIMO CONTRACHEQUE
- CÓPIA DO CPF
- CÓPIA DO RG
- DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS
- DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Requerente



INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
SÃO PAULO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO  
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS/EMPREGOS PÚBLICOS (para cumprimento do disposto no Título IV, Capítulo III, da Lei nº 8.112/90, na redação dada pela Lei nº 9.527/97)**

\_\_\_\_\_,  
nome completo

em atividade /  aposentado no cargo / emprego / função de

\_\_\_\_\_, neste IFSP,

em regime de:  20 horas semanais -  40 horas semanais -  Dedicção Exclusiva,

**DECLARA** que:

**NÃO ACUMULA** cargo/emprego/função/proventos de inatividade/pensão em órgãos da Administração Direta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem assim de suas Autarquias, inclusive as em regime especial, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundações mantidas pelo Poder Público e demais entidades sob seu controle direto ou indireto.

**ACUMULA** o cargo/emprego/função de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, em regime de  
\_\_\_\_\_, no órgão \_\_\_\_\_.

**ACUMULA** proventos de aposentadoria/ pensão, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, referentes ao cargo de  
\_\_\_\_\_, junto ao órgão  
\_\_\_\_\_.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura



INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
SÃO PAULO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO  
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

### DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME

CARGO

**DECLARA** que mantém economicamente as seguintes pessoas, cuja relação de dependência, especifica abaixo:

N°	Nome	Relação de Parentesco	Data de Nascimento
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

Obs.: Especificar motivos de dependência de maiores de 21 anos.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura