**Declaração de Incompatibilidades**

**Trabalhadores em regime de TEMPO PARCIAL**

Os dados pessoais solicitados neste documento são estritamente necessários para a execução do contrato de trabalho e para cumprimento das disposições legais a que a Universidade, responsável pelo seu tratamento, se encontra obrigada.

No âmbito do contrato de trabalho, os dados serão comunicados às entidades competentes por força de disposição legal.

O tratamento destes dados será realizado em conformidade com a legislação relativa à proteção de dados pessoais em vigor e de acordo com a política de proteção de dados da Universidade do Porto.

Eu,

, declaro sob compromisso de honra que:

[ ]  Não exerço qualquer cargo remunerado na administração pública/ setor empresarial do estado;

[ ]  Exerço o(s) seguinte(s) cargo(s) remunerado(s) na administração pública/ setor empresarial do estado:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cargo: |       | Entidade: |       |
| Cargo: |       | Entidade: |       |
| Cargo: |       | Entidade: |       |

[ ]  Não exerço qualquer cargo remunerado na atividade privada;

[ ]  Exerço o(s) seguinte(s) cargo(s) remunerado(s) na atividade privada:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cargo: |       | Entidade: |       |
| Cargo: |       | Entidade: |       |
| Cargo: |       | Entidade: |       |

[ ]  Exerço funções, a título gracioso / outra situação (explicitar a situação):

|  |
| --- |
|       |
|       |

Recebo subsídio de refeição por outra instituição:

[ ]  Sim [ ]  Não

Declaro ainda que ao ser contratado como:

|  |
| --- |
|       |

no(s)/na:

|  |
| --- |
| Selecionar valor da lista |

ficarei na seguinte situação relativamente ao(s) cargo(s) que exerço atualmente:

[ ]  pedirei a exoneração/ denúncia:

|  |
| --- |
|       |

[ ]  ficarei em regime de acumulação\*:

|  |
| --- |
|       |

[ ]  ficarei em comissão de serviço:

|  |
| --- |
|       |

[ ]  nada tenho a declarar

[ ]  outra situação (discriminar a situação):

|  |
| --- |
|       |

Caso fique em situação de **acumulação de funções com outra entidade pública**, indique por favor:

Regime de proteção social aplicado ao contrato de origem

[ ]  Regime de proteção social convergente (desconto para a CGA - Caixa Geral de Aposentações)

|  |  |
| --- | --- |
|  N.º Subscritor CGA: |       |

[ ]  Regime geral da Segurança Social (desconto para a Segurança Social)

|  |  |
| --- | --- |
| Data de início do vínculo/ contrato de origem: |   /  /     |
| Forma de provimento/ modalidade de vinculação no contrato de origem: |
|       |

**Exemplos**: Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, contrato de trabalho em funções públicas a termo certo, contrato de trabalho ao abrigo do Código do Trabalho por tempo indeterminado, contrato de trabalho ao abrigo do Código do Trabalho a termo certo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   /  /     | **Assinatura:** |  |

\* Assinalar nas situações em que a lei/ estatuto da entidade obriga a autorização para o desempenho de qualquer outra atividade/ função, devendo nesse caso ser apresentado comprovativo da autorização.