*(DIGITAR em Papel Timbrado da Empresa/Concedente)*

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL **(***modelo)*

Declaramos para devidos fins, junto ao Instituto Federal de Mato Grosso, Campus Avançado Sinop, as informações e dados funcionais a seguir:

|  |
| --- |
| Nome Funcionário: |
| RG n°: Órgão Exp.: | CPF: |
| CTPS nº: Série/UF: |
| Data de admissão: | Data do desligamento: |
| Cargo inicial: |
| Último cargo: Data da promoção: |
| Área/Setor de atuação: |
| Nome e cargo do superior imediato: |
| Tel. | E-mail:  |

**Principais atividades desenvolvidas pelo(a) colaborador(a):**

(Descreva **detalhadamente** as atividades realizadas pelo funcionário)

Empresa/Concedente:

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. CEP:

Tel.:

E-mail:

Responsável da Empresa:

Responsável pelo RH:

Declaro serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de responsabilidades civil e penal (**Art.299 do Código Penal**)

Sinop/MT, \_\_\_/\_\_\_/2020.

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

Nome completo, Assinatura e Carimbo (empresa)

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

Nome completo e assinatura (funcionário)