



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO
TOCANTINS
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS

DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS PROFESSOR SUBSTITUTO

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que o (a) candidato (a) a professor substituto _____, RG _____, CPF _____, aprovado na Área _____, em _____ lugar, exerce outro cargo/emprego/função de _____, do quadro/tabela do órgão/entidade _____, no período de _____ e, portanto, possuo horário compatível para ministrar aulas nesta Instituição Federal de Ensino totalizando _____ horas semanais, conforme Edital _____ de Seleção Simplificada de Professor Substituto.

Ciente de que, em face do disposto no art. 37, incisos XVI e XVII da Constituição Federal, a comprovação desta compatibilidade é pressuposto necessário para a contratação e manutenção do contrato de professor substituto, firma a presente declaração.

Palmas, ____/____/____.

Assinatura do (a) Candidato (a)

Atesto a compatibilidade dos horários apresentados pelo candidato com a necessidade da coordenação de área para a vaga a ser preenchida, observados os parâmetros legais de compatibilidade.

Palmas, ____/____/____.

Assinatura do (a) Coordenador (a)