**ANEXOS – Edital CAAPSML nº 001/2025**

**ANEXO I**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor(a) público(a) municipal efetivo(a) [ ] ATIVO [ ] APOSENTADO, vinculado(a) ao regime próprio de previdência social deste Município, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO**, para fins de inscrição no processo eletivo para escolha de membros do Conselho Administrativo da CAAPSML:

a) não ter sofrido condenação criminal ou incidido em alguma das demais situações de inelegibilidade previstas no inciso I do **caput** do art. 1º da Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990;

b) não desempenhar mandato legislativo;

c) não ocupar cargo de secretário municipal;

d) não ser ocupante exclusivamente de cargo de provimento em comissão;

e) ter pleno conhecimento do regulamento (Resolução/Edital) da eleição para escolha de membros efetivos e suplentes do Conselho Administrativo, para o mandato do quadriênio 2026/2029.

f) estar ciente de que deverei a cada dois anos, apresentar nova Declaração de não ter incidido em alguma das situações e fatos constantes do inciso I do art. 1° da Lei Complementar n° 64/90. O controle dessa apresentação periódica deverá ser feito pela secretária do Conselho Administrativo, que encaminhará os documentos apresentados para validação da Superintendência.

g) estar ciente de que a manutenção da função de membro do Conselho Administrativo exigirá a renovação periódica da declaração e certidões relacionadas nos itens I a V, a cada 2 anos, contados da data de sua emissão, e da certificação profissional para o exercício da função exigida pelo Ministério da Previdência, antes do término de sua validade, devendo apresentá-las ao setor competente da CAAPSML.

Declaro estar ciente que, em caso de declaração falsa ou inexata estarei submetido às penalidades legais cabíveis.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

Assinatura

**ANEXO II**

**Ilmo Sr.** **Superintendente da CAAPSML**

**REQUERIMENTO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor(a) desta municipalidade sob a matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, segurado(a) do regime próprio de previdência social deste Município, vem requerer a sua inscrição como candidato(a) a **Membro do Conselho Administrativo**da CAAPSML, para o mandato do quadriênio 2026/2029. Para tanto, segue anexa a documentação exigida.

**DECLARO** estar ciente de que a falta de documento, a apresentação de documento ineficaz ou de forma diferente da estipulada, para a comprovação de qualquer dos requisitos especificados no edital, implicará o indeferimento do pedido de inscrição.

Nestes termos

Pede deferimento.

Londrina,\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2025.

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

Assinatura

Telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail para contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO III**

**Ilmo Sr.** **Superintendente da CAAPSML**

**REQUERIMENTO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, segurado(a) do regime próprio de previdência social deste Município, vem requerer certidão negativa de débito para com o Fundo de Previdência Social, administrado por essa Autarquia, devendo atestar também a quantidade de contribuições mensais que já realizou, para fins de inscrição como candidato(a) a membro do Conselho Administrativo desta Autarquia.

Nestes termos

Pede deferimento.

Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2025.

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

Assinatura

Telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail para contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_