

2. DECLARAÇÕES

O(A) subscritor(a), devidamente identificado(a) acima, DECLARA, para todos os fins de direito, que:

- () tomou conhecimento integral do Código de Ética da Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado do Ceará, instituído por ato normativo da SAP/CE;
- () compreende o conteúdo, o alcance e a finalidade das normas nele estabelecidas, incluindo os princípios, os deveres, as vedações, as situações de conflito de interesses e as sanções éticas aplicáveis;
- () assume o compromisso de observar integralmente as disposições do Código no exercício de suas atribuições funcionais, bem como em toda conduta que, mesmo praticada fora do ambiente de trabalho, possa refletir sobre a imagem e a integridade institucional da SAP/CE;
- () está ciente de que o descumprimento das normas do Código constitui infração ética, sujeita às sanções graduadas nele estabelecidas, sem prejuízo das responsabilidades administrativa, civil e penal aplicáveis.

3. DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTOS

Declaro, ainda, para todos os fins, estar ciente sobre as vedações e restrições estabelecidas pela legislação estadual aplicável quanto à nomeação, contratação, admissão, designação, posse ou início de exercício para cargo, emprego ou função pública, em caráter efetivo ou em comissão no âmbito do Poder Executivo do Estado do Ceará, em especial as disposições da Lei Estadual nº 9.826/1974 - Estatuto dos Servidores Públicos Cíveis do Estado do Ceará, e das demais restrições previstas nas normas elencadas abaixo, e ainda que:

1. Fui punido(a), em decisão da qual não cabe recurso administrativo, em processo disciplinar por ato lesivo ao patrimônio público de qualquer esfera de governo.
() Afirmativo () Negativo
2. Sou sócio(a) ou tenho parentes, até terceiro, grau na condição de sócio/administrador/cotista de qualquer Pessoa Jurídica que receba verbas do Estado do Ceará, tenha contratos com o mesmo ou esteja sendo executada pela Fazenda do Estado.
() Afirmativo () Negativo
3. Fui condenado(a), em decisão transitada em julgado, por prática de crime contra a Administração Pública, tipificado no Código Penal Brasileiro, na Lei Federal nº 7.492/1986 (crimes contra o sistema financeiro nacional), na Lei Federal nº 13.869/2019 (abuso de autoridade) ou em qualquer outra lei que tipifique crime praticado no exercício de cargo, emprego ou função pública, ou contra a Administração Pública direta ou indireta.
() Afirmativo () Negativo
4. Fui condenado(a), em decisão transitada em julgado ou irrecorrível, por ato de improbidade administrativa nos termos da Lei Federal nº 8.429/1992, com a redação dada pela Lei Federal nº 14.230/2021, ou respondido a processo que tenha resultado em declaração de inelegibilidade nos termos da Lei Complementar Federal nº 64/1990 (Lei da Ficha Limpa).
() Afirmativo () Negativo
5. Sou responsável por atos julgados irregulares, em decisão definitiva, por Tribunal de Contas da União, do Estado, do Distrito Federal ou do Município, ou ainda, por Conselho de Contas do Município ou do Estado.
() Afirmativo () Negativo
6. Incorro em vedação ao nepotismo nos termos da Súmula Vinculante nº 13 do STF ou de ato normativo estadual que discipline a proibição ao nepotismo no âmbito do Poder Executivo do Estado do Ceará.
() Afirmativo () Negativo
7. Fui condenado(a), em decisão transitada em julgado, por crime praticado com violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos da Lei Federal nº 11.340/2006 - Lei Maria da Penha.
() Afirmativo () Negativo
8. Fui condenado(a), em decisão transitada em julgado, por crime relacionado a licitações e contratos administrativos.
() Afirmativo () Negativo
9. Estou sendo processado(a) em inquérito policial, ação penal ou processo administrativo disciplinar por fato incompatível com o exercício do cargo ou função pública.
() Afirmativo () Negativo

Declaro, por fim, que as informações prestadas neste Termo são verdadeiras e completas, estando ciente de que a prestação de informação falsa ou omissão relevante sujeita o declarante às sanções previstas na legislação vigente.

4. ASSINATURAS

Fortaleza /CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor / Colaborador

Assinatura da Autoridade Responsável pela Posse / Contratação

Nome por extenso / Matrícula

Nome por extenso / Cargo

* Este Termo deverá ser assinado em duas vias: uma arquivada no prontuário funcional do servidor/colaborador e/ou sistema disponibilizado pela SAP/CE, e outra entregue ao Secretário Executivo da CSEP/SAP para registro.

* Fundamento: art. 3º e parágrafo único do Código de Ética da Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado do Ceará.

**ANEXO II
DECLARAÇÃO DE POSSÍVEL CONFLITO DE INTERESSES**

1. IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Nome completo:

Matrícula / ID funcional/ CPF:

Cargo / Função:

Unidade de lotação/Empresa:

Telefone de contato:

E-mail:

2. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Eu, servidor/colaborador acima qualificado, identifico a seguinte situação que configura ou pode configurar conflito de interesses, nos termos do Código de Ética da Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado do Ceará, e levo ao conhecimento da Comissão Setorial de Ética Pública - CSEP/SAP para ciência e adoção das providências que entender cabíveis:

Descrição dos fatos:

3. NATUREZA DO CONFLITO (marcar todas as hipóteses aplicáveis)

- () Conflito real - já interferiu concretamente no exercício das atribuições funcionais.
- () Conflito potencial - existe situação de interesse privado que pode vir a interferir em decisão futura.
- () Conflito aparente - a situação objetivamente considerada cria aparência de comprometimento da imparcialidade, independentemente de interferência efetiva.

4. NATUREZA DO INTERESSE PRIVADO ENVOLVIDO (marcar todas as hipóteses aplicáveis)

- () Econômico / patrimonial
- () Pessoal
- () Familiar / afetivo
- () Societário / empresarial
- () Outro: _____

5. MEDIDA ADOTADA PELO DECLARANTE

- () Abstenção imediata de praticar qualquer ato relacionado à matéria objeto do conflito.
- () Continuidade da atuação funcional, aguardando orientação da CSEP/SAP antes de qualquer decisão relacionada ao conflito.

Observações adicionais (se houver):

6. DOCUMENTOS ANEXADOS (se houver)

- () Documentos comprobatórios da situação descrita.
- () Outros: _____

7. ASSINATURA

Fortaleza /CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

Recebido pela CSEP/SAP em: ____/____/____

