

ESCOLAS PARALISADAS

Papel timbrado da Secretaria da Educação, Juventude e Esportes
Identificação da Unidade Escolar

CERTIDÃO DE ATIVIDADE ESCOLAR

Para fins de comprovação junto ao Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Tocantins – IGEPREV, CERTIFICAMOS que o servidor _____, matrícula nº _____, ocupante do cargo de _____, desempenhou na unidade escolar _____, atualmente **PARALISADA** conforme Ofício nº _____, anexo, as seguintes funções, nos períodos especificados:

*Funções **CONSIDERADAS** como magistério compatível para a concessão de aposentadoria especial de professor, nos termos do art. 40, § 5º, da Constituição Federal.*

PERÍODOS	FUNÇÕES EXERCIDAS
xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx	XXXXXX XXXXX
xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx	XXXXXX XXXXX

*Funções **NÃO CONSIDERADAS** como magistério compatível para a concessão de aposentadoria especial de professor, nos termos do art. 40, § 5º, da Constituição Federal.*

PERÍODOS	FUNÇÕES EXERCIDAS
xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx	XXXXXX XXXXX
xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx	XXXXXX XXXXX

_____, _____ de _____ Local e data
de 20 ____.

Diretor Regional de Educação
(carimbo/assinatura)

Secretaria da Educação, Juventude e Esportes
(carimbo/assinatura)