A

Ilma. Professora Ana Luiza Maia

Presidente

Fundação Médica do Rio Grande do Sul – FUNDMED

Porto Alegre/RS

Declaro, para os devidos fins que se fizerem necessários, que eu, **(NOME)**, inscrito no CPF sob o nº **(NÚMERO)**, portador da carteira de identidade nº **(NÚMERO)**, expedida por **(NOME)**, Matrícula SIAPE nº **(NÚMERO)**, servidor(a) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, ocupante do cargo de **(NOME)**, que nos projetos nos quais participo, e abaixo relacionados, obedeço aos ditames preconizados pelos atos normativos da UFCSPA, bem como, não percebo quantia mensal superior ao estabelecido em legislação.

Declaro ainda que para a execução do projeto **(NOME)**, para o qual solicito autorização, objeto do processo número **(NÚMERO)**, disponibilizarei um total estimado de **(NÚMERO)** horas/semana, desenvolvendo atividades de **(NOME)** no período previsto de **XX**/20**XX**. à **XX**/20 **XX**, que em nada interferirá nas minhas obrigações junto à UFCSPA, e perceberei o valor estimado em R$ **XXXX** que será concedido a mim em **XX** parcelas, em decorrência de realização da atividade **(DESCRIÇÃO)**

Porto Alegre, **XX** de **XXXXX** de **XXXX**.

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

**(NOME COMPLETO)**

**(MATRICULA UFCSPA)**

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

Chefia Imediata – Nome: **(NOME)**

CPF: **(NÚMERO)**

Departamento: **(NOME)**

Nestes termos autorizo a participação.