Cidade, XX de XXXXX de 2023.

**DECLARAÇÃO SOBRE PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE PESQUISA/ENSINO/... COM REMUNERAÇÃO**

Prof.(a) XXX

*(CHEFE DO SERVIÇO, COORDENADORIA, DEPARTAMENTO, CONFORME A ÁREA)*

Prezado(a) Prof.(a) XXX,

Eu, XXX, matrícula/cartão-ponto nº XXX, funcionário/servidor do Serviço/Coordenadoria/Departamento XXX, declaro que participo do(s) projeto(s) da linha de pesquisa XXX, do(s) pesquisador(es) principal(is) XXX, devidamente aprovado(s) pela Diretoria de Pesquisa/Ensino/... do XXX na condição de prestador de serviços autônomo da Fundação Médica do Rio Grande do Sul pelo período XXX meses (XXX a XXX) para realização da atividade XXX.

Tenho ciência de que toda e qualquer atividade relacionada a este(s) projeto(s), está de acordo com diretrizes administrativas internas da XXX e serão realizadas sem prejuízo à jornada de trabalho e às atividades funcionais a que estou sujeito na UFRGS.

Cordialmente,

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

**Funcionário/Servidor:** XXX

**Número do conselho regional:** XXX

De acordo:



Chefia: XXX

Nome do serviço/seção/coordenadoria XXX