Porto Alegre, xxxxxxxxxxxxxxxxxx

Prof.(a) xxxxxxxxxxxx

*(COORDENADOR, VP, PRESIDENTE, CONFORME A AREA)*

Eu, xxxxxxxxx, cartão-ponto nº xxx, funcionário do Serviço/Seção/Coordenadoria xxxxxxxxx, solicito **AUTORIZAÇÃO** para participar no projeto número xxxxxxxxx, cujo título é xxxxxxxxx, devidamente aprovado pelo GPPG e coordenado pelo(a) Dr.(a)/Prof.(a) xxxxxxxxx na condição de Prestador de Serviços da Fundação Médica do Rio Grande do Sul pelo período de xxxxxxxx a xxxxxxxx.

Tenho ciência de que toda e qualquer atividade relacionada a este projeto, de acordo com as diretrizes administrativas internas, somente poderá ser realizada fora de minha jornada de trabalho no HCPA. A não observância desta determinação poderá caracterizar uma falta grave.

Cordialmente,

xxxxxxxxx (Nome)

xxxx (Número do conselho regional profissional)

De acordo:

xxxxxxxxx,

Chefe do Serviço de xxxxxxxxx,

Hospital de Clínicas de Porto Alegre.