Cidade, XX de XXXXX de 2022

# AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO

**EM ATIVIDADES 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, servidor do Serviço/Coordenadoria/Departamento XXX, solicito **AUTORIZAÇÃO** para participar do projeto de pesquisa XXX, do coordenador XXX, devidamente aprovado pela Diretoria de Pesquisa do HCPA 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 UFRGS e serão realizadas sem prejuízo à jornada de trabalho e às atividades funcionais a que estou sujeito na Universidade.

Cordialmente,

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

**Funcionário/Servidor:** XXX

**Número do conselho regional:** XXX

De acordo:



Chefia: XXX

Nome do serviço/seção/coordenadoria XXX