

Cidade, XX de XXXXXX de 2022.

# AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO

**EM ATIVIDADES DE PESQUISA COM REMUNERAÇÃO**

Para: (Diretoria correspondente ao vínculo do colaborador)

Prezado (a) Sr(a)/Prof.(a) XXX,

Eu, XXX, cartão-ponto nº XXX, funcionário do Serviço/Seção/Coordenadoria XXX, solicito **AUTORIZAÇÃO** para participar do projeto XXX, do coordenador XXX, devidamente aprovado pela Diretoria de Pesquisa.

Minha participação no(s) referido(s) projeto(s) será na condição de  pesquisador responsável /  membro da equipe de pesquisa e haverá percepção de remuneração por estas atividades via Fundação Médica do Rio Grande do Sul pelo período de XXX meses (XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX).

A carga horária semanal prevista para realização das atividades remuneradas de pesquisa no(s) referido(s) projeto(s) são de aproximadamente XXXh.

Tenho ciência de que toda e qualquer atividade remunerada de pesquisa, 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,



**Funcionário:** XXX

**Número do conselho regional:** XXX

De acordo:



Chefia: XXX

Nome do serviço/seção/coordenadoria XXX Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Ciente e autorizado:



Diretor: XXX

Diretoria de Pesquisa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

