Cidade, XX de XXXXX de 2022

# AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO

**EM ATIVIDADES DE PESQUISA 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, solicito **AUTORIZAÇÃO** para participar do projeto de XXX, do coordenador XXX, devidamente aprovado pela Diretoria de Pesquisa do HCPA na condição de bolsista da Fundação Médica do Rio Grande do Sul pelo período XXX meses (XXX a XXX).

Tenho ciência de que toda e qualquer atividade relacionada a este(s) projeto(s), está de acordo com diretrizes administrativas internas 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

Serviço/Coordenadoria/Departamento XXX