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,

Declaro, para os devidos fins que se fizerem necessários, que eu, XXX, inscrito no CPF sob o nº XXX.XXX.XXX-XX, matrícula/cartão-ponto nº XXX, funcionário/servidor da XXXXXXXX, ocupante do cargo de XXXXX do Serviço/Coordenadoria/Departamento XXX, obedeço aos ditames preconizados pelos atos normativos da XXXXX, bem como, que não percebo quantia mensal superior ao estabelecido em legislação, no(s) projeto(s) da linha de pesquisa XXX, do(s) pesquisador(es) principal(is) XXX, devidamente aprovado(s) pela Diretoria de Pesquisa/Ensino/... da XXX, dos quais participo 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 Universidade.

Cordialmente,

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

**Funcionário/Servidor:** XXX

**Número do conselho regional:** XXX

Ciente e de acordo:



Chefia: XXX

Nome do serviço/seção/coordenadoria XXX