Cidade, XX de XXXXXX de 2023.

**DECLARAÇÃO SOBRE PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE PESQUISA COM REMUNERAÇÃO ADICIONAL**

Para: Chefia de serviço correspondente ao vínculo do colaborador

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

Eu, XXX, cartão-ponto nº XXX, funcionário do Serviço/Seção/Coordenadoria XXX, declaro que participo do(s) projeto(s) da linha de pesquisa da XXX, do(s) pesquisador(es) responsável(eis) XXXXX, devidamente aprovado(s) pela Diretoria de Pesquisa.

Minha participação no(s) referido(s) projeto(s) será na condição de prestador de serviços, por meio da pessoa jurídica da qual sou sócio(a), inscrita no CNPJ nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX e razão social XXX, 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) para realização da atividades XXX. A carga horária semanal prevista para realização das atividades remuneradas no conjunto dos projetos da respectiva linha de pesquisa não excede 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 e entendo que a não observância desta determinação poderá caracterizar uma falta grave.

Cordialmente,

**Colaborador:** XXX

Ciente:

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

Chefia: XXX

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