Porto Alegre, dia, mês de ano.

**Ao Prof. Ricardo Machado Xavier**

**Presidente**

**Fundação Médica do Rio Grande do Sul – FundMed**

Declaro, para os devidos fins que se fizerem necessários, que eu, Preencher com o seu nome completo , inscrito(a) no CPF sob o nº Preencher com o n° de seu CPF, portador da carteira de identidade nº Preencher com o seu n° de RG, expedida por Preencher com o órgão emissor, Matrícula SIAPE n° Preencher com o n°, servidor(a) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, ocupante do cargo de Preencher com o nome do cargo, que nos projetos nos quais participo, e abaixo relacionados, obedeço aos ditames preconizados pelos atos normativos da UFCSPA, bem como, não percebo quantia mensal superior ao estabelecido em legislação.

Declaro ainda que para a execução do projeto Preencher com o nome do projeto, para o qual solicito autorização, objeto do processo número Preencher com o n° do projeto, disponibilizarei um total estimado de Preencher com o n° de horas horas/semana, desenvolvendo atividades de Preencher com a atividade realizada no período previsto de XX/20XX à XX/20XX, que em nada interferirá nas minhas obrigações junto à UFCSPA, e perceberei o valor estimado em R$ XXX,XX que será concedido a mim em XX parcelas, em decorrência de realização da(s) atividade(s) Preencher com a descrição das atividades.

Cordialmente,

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

Nome completo

Matrícula UFCSPA

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

Chefia Imediata Nome completo

CPF: número

Departamento: nome do departamento

Nestes termos autorizo a participação.