**COMPLEMENTAÇÃO FINANCEIRA A BOLSISTA**

Florianópolis, xx de xxx de 202x

Eu, Clique ou toque aqui para inserir o texto., aluno(a) regularmente matriculado no curso de Escolher um item. do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFSC, sob o número de matrícula Clique ou toque aqui para inserir o texto., orientando(a) do(a) Prof(a). Dr(a). Clique ou toque aqui para inserir o texto., venho informar ao programa a intenção de recebimento de complementação financeira proveniente de atividades de docência, conforme descrito no Quadro 1, com base na **Portaria Conjunta CAPES e CNPq Nº 1, de 15 de julho de 2010**, a qual determina que “os bolsistas *poderão exercer atividade remunerada, especialmente quando se tratar de docência como professores nos ensinos de qualquer grau.*”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUADRO 1: Informações das atividades de docência** | | |
| **Instituição:** | | **Cidade:** |
| **Carga horária semanal:** | | **Vigência:** |
| **Tipo de vínculo na Instituição:** | Bolsista  CLT  Outros (especificar): | |
| **Informe as atividades realizadas e a importância dessas para sua formação acadêmica, científica e tecnológica:** | | |
|  | | |

Eu, Clique ou toque aqui para inserir o texto., ratifico estar ciente da necessidade de cumprir meus compromissos definidos pela agência de fomento que mantém minha bolsa e de atender tanto à Norma que dispõe sobre o processo de seleção de bolsistas, quanto ao Regimento Interno do PPGO.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Bolsista | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ De acordo, Prof(a). Orientador(a) |