|  |  |
| --- | --- |
| **Declaração de afastamento de atividades profissionais****(sem vencimentos)** | Formuláriomod. 03 |

|  |
| --- |
| 1. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (aluno) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo do solicitante** |  |
|       |

|  |
| --- |
| 2. DECLARAÇÃO |

|  |
| --- |
| Declaro, atendendo à solicitação do interessado para fins de solicitação de bolsa CAPES pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia, que o funcionário acima identificado encontra-se afastado de suas atividades profissionais sem percepção de vencimentos pelo período abaixo assinalado. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Período de afastamento** |  |
| De: 0 de  de 2000 | até: 0 de de 2000. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Local, data, assinatura e carimbo** |  |
| Salvador, 0 de de 2000. | 🡪 |

|  |
| --- |
| 3. IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR |

|  |  |
| --- | --- |
| **Empresa / empregador** |  |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Endereço completo**  |  |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefones e *e-mail*** |  |
|       | xxxxxx@xxxxx.xxx.br |

|  |
| --- |
| 4. CIENTE DO PROFESSOR ORIENTADOR |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo do orientador** |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Local, data e assinatura** |  |
| Salvador, 0 de de 2000. | 🡪 |