|  |  |
| --- | --- |
| **Declaração de afastamento de atividades profissionais**  **(com vencimentos)** | Formulário  mod. 04 |

|  |
| --- |
| 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 com percepção de vencimentos pelo período abaixo assinalado. Declaro, ainda, que o funcionário desempenha atividades na área de educação ou saúde coletiva. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Período de afastamento** |  | |
| De: 00 de  de 2000 | | até: 00 de de 2000. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Valor do vencimento bruto** |  | **Valor por extenso** |
| R$ 0.00 | (     ) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Local, data, assinatura e carimbo** |  | |
| Salvador, 00 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. | | 🡪 |