



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

ANEXO 4

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO
(no caso de possuir vínculo empregatício, com empregador)

Declaro que o pós-graduando,

- () Possui vínculo empregatício e está liberado(a) SEM percepção de vencimento.
- () Possui vínculo empregatício e está liberado(a) COM percepção de vencimento.
- () Possui vínculo empregatício e pedirá exoneração do vínculo até setembro de 2017.

Estou ciente e de acordo que o pós-graduando está liberado para cursar integralmente o mestrado/doutorado e irá priorizar às atividades relacionadas ao PPGN, dentre elas a realização de disciplinas; participação em reuniões, eventos e comissões do PPGN; e outras atividades solicitadas pelo orientador(a) e/ou coordenação do programa, durante o curso de mestrado/doutorado.

Assinatura da chefia imediata: _____

Florianópolis, ____ de julho de 2017.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

ANEXO 4

**DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO
(no caso de não possuir vínculo empregatício)**

Declaro que, eu,
portador do RG nº, CPF nº,
não possuo vínculo empregatício ou rendimento de qualquer natureza em nenhum órgão público
ou privado.

Assinatura: _____

Florianópolis, ____ de julho de 2017.