



**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 possuir rendimentos, profissional autônomo ou outras fontes)*

Declaro que, eu .....,  
portador do RG nº ....., CPF nº .....,  
possuo as seguintes fontes de renda com os respectivos valores recebidos:  
*(descrever as fontes de renda e valores recebidos)*

Se contemplado com a bolsa de estudos, estou ciente e de acordo que me afastarei de qualquer vínculo com remuneração para dedicação integral 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:

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.