



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

ANEXO 4A

**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 2019.

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 2019.



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

ANEXO 4B

**DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

***(no caso de possuir rendimentos, profissional autônomo ou outras fontes)***

Declaro que, eu .....,  
portador do RG nº ....., CPF nº .....,  
posso as seguintes fontes de renda com os respectivos valores recebidos:

*(descrever as fontes de renda e valores recebidos)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Assinale uma das opções abaixo:

(  ) Sendo contemplado com a bolsa de estudos, comprometo-me a 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, entretanto não me afastarei das atividades remuneradas que possuo, visto que encontro-me em acordo com o estipulado pelo item 4 do edital de bolsas - REQUISITOS PARA INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO, RECEBIMENTO E MANUTENÇÃO DE BOLSAS DE ESTUDO E COMPROMISSOS DO BOLSISTA.

(  ) Sendo 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 2019.



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

ANEXO 4C

**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 2019.