**Termo de Autorização de Acúmulo de Bolsa**

**DS/CAPES com atividade remunerada**

Na qualidade de orientador de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) do Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no nível \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, em conformidade com a Portaria Conjunta CAPES/CNPq nº 01/2010, de 15/07/2010, que suas atividades remuneradas exercidas a partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na instituição/empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no cargo/função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estão relacionadas com sua área de pesquisa.

Autorizo, portanto, o acúmulo dessas atividades com a percepção de Bolsa DS/CAPES e asseguro que não haverá prejuízo ao desempenho no curso, observando-se, ainda, a dedicação mínima exigida do(a) bolsista pelo Programa de Pós-Graduação.

**Este documento deve ser convertido em PDF e assinado eletronicamente pelo Orientador e pelo Coordenador do PPG, no SIPAC**