|  |
| --- |
| DECLARAÇÃO DE INVIABILIDADE PELO PROGRAMA/INSTITUIÇÃO*STRICTO SENSU* OU PÓS-DOUTORADO |

**Orientações:**

Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo(a) coordenador(a)/orientador(a) do programa *stricto sensu* ou supervisor(a) do estágio pós-doutoral.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Identificação do(a) servidor(a)** | |
| Nome completo: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Tipo de afastamento** | |
| **2.1 Qualificação a ser realizada:**  ( ) Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado  ( ) Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Doutorado  ( ) Pós-Doutorado | |
| Nome do programa: |  |
| Instituição: |  |
| Número da Matrícula no caso de *Stricto Sensu* |  |

|  |
| --- |
| **3. Declaração** |
| Declaramos para os devidos fins que, conforme cronograma de atividades, haverá a necessidade de atendimento à carga horária mínima de 20 horas semanais, composta por atividades de participação em disciplinas, grupos de pesquisa, escrita da dissertação/tese, elaboração de seminários, redação de artigos, participação em congressos e eventos acadêmicos.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Coordenador(a)/Orientador(a) ou Supervisor(a) do Programa (*Stricto Sensu*) ou  assinatura do Supervisor do Pós-Doutorado |