**Declaração acerca de atividade remunerada**

Eu,      , Nº USP      , RG      , CPF      , declaro desenvolver atividade remunerada.

Declaro que caso seja contemplado(a) com uma bolsa de estudos CAPES/CNPq, deverei cumprir o descrito nas normas relativas à concessão de bolsas da CAPES e CNPq da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da FSP/USP.

Comprometo-me a observá-las integramente, principalmente os prazos de entrega de relatórios e defesa da tese/dissertação.

Dados obrigatórios sobre atividade remunerada

Tipo(s) de atividade(s):

 Autônomo  CLT  servidor público  outros:Especificar

Carga horária semanal:

Afastamento das Atividades

 Sim  Não

Obs.

Natureza das Atividades:

 consultoria  assessoria  docência  prestação de serviços especificar

 outros especificar

Instituição(ões) contratante(s):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social** | **CNPJ** | **Início** | **Término** |
| Razão Social | 99.999.999/9999-99 | 00/00/0000 | 00/00/0000 |
| Razão Social | 99.999.999/9999-99 | 00/00/0000 | 00/00/0000 |

Observações:

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Aluno

De acordo e ciente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Orientador