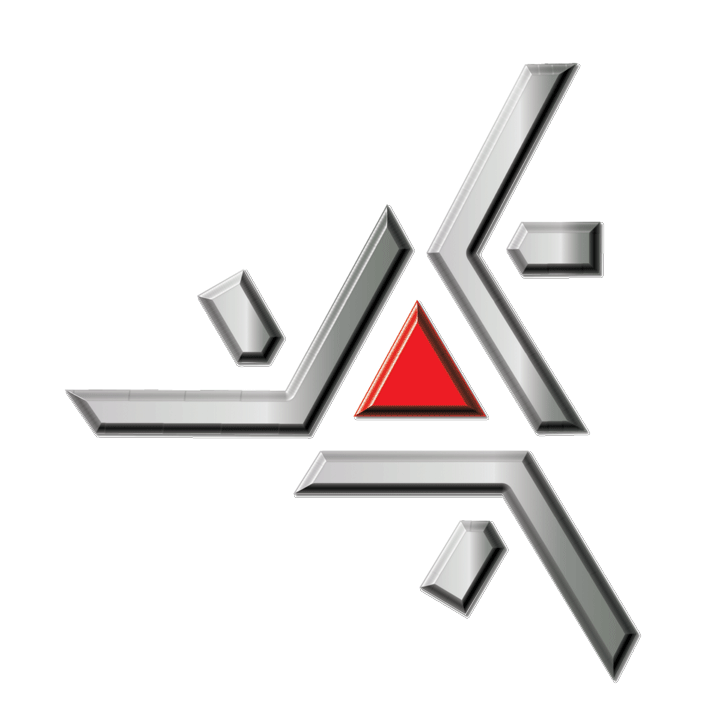
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  **Departamento de Farmácia**  **Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas** |  |  |

****

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO E DISPONIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA JUNTO AO PCF

De acordo com os termos estabelecidos nas normas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (PCF) da Universidade Estadual de Maringá, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, informo por meio desta, que ( ) possuo/ ( ) não possuo, vínculo empregatício na presente data, sabendo que necessito manter atualizada a presente declaração, no caso de haver mudança da condição aqui declarada.

Informo que iniciarei minhas atividades junto ao PCF, na qualidade de ( ) mestrando/ ( ) doutorando, com disponibilidade ( ) de tempo integral (40 horas semanais)/ ( ) de tempo parcial (20 horas semanais).

**Preenchimento exclusivo para pós-graduandos com vínculo empregatício:**

( ) Informo que envio anexo a esse documento a declaração de autorização da empresa a qual possuo vínculo para me matricular junto a esse curso de ( ) mestrado ( ) doutorado.

OU

( ) Informo que **não** envio anexo a esse documento a declaração de autorização da empresa a qual possuo vínculo para me matricular junto a esse curso de ( ) mestrado ( ) doutorado, e tenho ciência que a homologação da minha matrícula está sujeita à aprovação do Conselho Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da UEM, conforme previsto na Resolução PCF 05/2024.

Maringá, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

**Pós-Graduando**

Ciência do Orientador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_