**DECLARAÇÃO DE ACÚMULOS**

Declaro, para os devidos fins, que, eu Nome Discente, CPF nº: xxx.xxx.xxx-xx, aluno(a) devidamente matriculado(a) da Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade, IES, no Programa de Pós-Graduação em Nome do Curso sob o número de matrícula xx, em nível de Modalidade da bolsa, em atenção a **Instrução Normativa da FUNCAP nº 06/2023, de 05 de dezembro de 2023**, informo que possuo vínculo empregatício ou outros rendimentos, conforme declarado abaixo:

1 – Atividades Remuneradas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Vínculo 1 - Empresa/Instituição: NOME** | | | | | | | |
| CLT | Regime  Estatutário | | | Pessoa Jurídica | Regime Jurídico Único | Temporário  Lei 6.019/74 | Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: | | |  | | | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: | | |  | | | Divisão CNAE\*: |  |
| **Tipo de Vínculo 2 - Empresa/Instituição: NOME** | | | | | | | |
| CLT | | Regime  Estatutário | | Pessoa Jurídica | Regime Jurídico Único | Temporário Lei 6.019/74 | Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: | | |  | | | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: | | |  | | | Divisão CNAE\*: |  |
| **Tipo de Vínculo 3 - Empresa/Instituição: NOME** | | | | | | | |
| CLT | | Regime  Estatutário | | Pessoa Jurídica | Regime Jurídico Único | Temporário Lei 6.019/74 | Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: | | |  | | | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: | | |  | | | Divisão CNAE\*: |  |

Observação: CNAE significa Classificação Nacional de Atividades Econômicas

Acesse a tabela nº CNAE em: <https://drive.google.com/file/d/1i1Z9EEL0Gjj8lTVOdHuxVKbIsR-C2Zji/view?usp=sharing>

2 – Outros Rendimentos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informar os outros rendimentos que possui:** | | | |
| 1 – NOME | | | |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 2 – NOME | | | |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 3 – NOME | | | |
| Início da Atividade |  | Fim da Atividade: |  |

Fortaleza-Ceará, dia de mês de 2024.

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura  Beneficiário(a) da bolsa | Assinatura  Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação |
| Obs: assinatura eletrônica através das plataformas (Gov.br, DocuSign ou equivalente). | |

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Nome, prof. orientador do(da) bolsista Nome, sob o número de matrícula xxxxxx o(a) autorizo, com ciência do(a) coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em nome do curso, a receber a complementação financeira em função do vínculo empregatício com a(s) empresa(s)/instituição(ões) citadas acima, de acordo com a **Instrução Normativa da FUNCAP n°06/2023, de 05 de dezembro de 2023.**

Atesto que as atividades a serem desempenhadas estão de acordo com a área de atuação e interesse de pesquisa e formação acadêmica e profissional do (da) discente e que a atividade descrita acima não ocasionará prejuízo ao bom andamento das atividades obrigatórias do(a) discente enquanto bolsista.

No caso de não conclusão, por motivos alheios aos permitidos pelas mencionadas portarias, estou ciente de que a não conclusão do curso acarretará na obrigação do(a) bolsista de restituir os valores a título de bolsa, devidamente corrigidos conforme legislação vigente, salvo de motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia à sua vontade ou doença grave devidamente comprovada. A avaliação dessas situações fica condicionada à aprovação pela FUNCAP.

Fortaleza-Ceará, dia de mês de 2024.

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do(a) orientador(a) | Ciência do(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação |
| Obs: assinatura eletrônica através das plataformas (Gov.br, DocuSign ou equivalente).  **Importante: este documento só será considerado válido mediante o preenchimento e assinatura das três páginas correspondentes.** | |