|  |  |
| --- | --- |
| **UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****Instituto de Ciências Biomédicas** **Pós-Graduação** |  |
|  |  **ICB** |

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, orientador(a) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estou em concordância com a atividade remunerada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a ser realizada durante o desenvolvimento da dissertação/tese de mestrado/doutorado. Ainda declaro que me responsabilizarei pelo plano acadêmico de trabalho do(a) aluno(a) frente ao acúmulo da atividade remunerada externa ao programa de pós-graduação e que orientarei no cumprimento do regimento do programa e as normas da CAPES (artigo 4 da portaria CAPES no 133 de 10/07/2023).

 São Paulo, de de

 Orientador(a):

Ciente:

Pós-graduando(a):

**insira aqui o plano acadêmico de trabalho do pós-graduando(a)}**

 São Paulo, de de

De acordo:

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

Pós-graduando(a):

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

Orientador(a):