

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE BOLSA E ATIVIDADE REMUNERADA PARA BOLSISTAS DO PPGENF

Eu, **[Nome do Professor Orientador],** orientador do discente **[Nome do Discente],** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf), concordo que o referido orientando, beneficiário da bolsa **[Tipo de bolsa]** com vigência de **[início dd/mm/aa à dd/mm/aa]**, acumule atividade remunerada e que dedique a carga horária mínima de 12 (vinte) horas semanais para atividades inerentes ao programa, sujeito aos termos e condições estabelecidos pela resolução nº 02/2023/PPGEnf/CEO/UDESC.

Assinatura do(a) orientador(a):

Assinatura do(a) bolsista:

Chapecó, SC, de de 20 .