**SOLICITAÇÃO DE ACÚMULO DE BOLSA**

**COM O EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | Nº USP: | | |
| Orientador(a): | | | | | |
| Programa de Pós-Graduação: | | | | Curso: | |
| **Dados da atividade que pretende exercer e da instituição a que pretende se vincular**: | | | | | |
| Carga horária semanal: | | | | | |
| Vínculo em Instituição de Ensino: | Função: | | | | |
| Nome da Instituição: | | Renda bruta mensal: R$ | | | |
| Caso ainda não possua documentos comprobatórios de carga horária, função e renda, se compromete a apresenta-los o mais breve possível, antes de começar a exercer a atividade remunerada: | | | | | |
| **Observações:**  Envie este formulário, devidamente preenchido e assinado, inclusive pelo(a) orientador(a), ao e-mail do seu Programa, anexando:   * Documentação que comprove carga horária, função e renda.   **Observação:** caso, no momento da solicitação, o(a) bolsista ainda não possua documentos que comprovem carga horária, função e renda, deverá inserir as informações neste formulário e assinalar “Sim, me comprometo”, no respectivo campo de seleção do quadro anterior. | | | | | |
| **Assinatura do(a) Aluno(a)**  Declaro verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, ficando sujeito(a), a qualquer tempo, às penalidades legais. | | | | | |
|  | | | | | Data: |
| **Assinatura do(a) Orientador(a)**  Ciente e de acordo. | | | | | |
|  | | | | | Data: |
| **Para uso da Comissão de Bolsas/CCP** | | | | | |
| A Comissão de Bolsas/CCP, deliberou por:  ( ) Autorizar o acúmulo da bolsa com o exercício de atividade remunerada  ( ) NÃO autorizar o acúmulo da bolsa com o exercício de atividade remunerada | | | | | Data: |