Anexo IV

**AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM**

Declaramos que concordamos que o Doutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

vinculado a esta Instituição com carga horária de \_\_\_\_\_\_\_ horas/semana, em regime \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desenvolva atividades de ensino, pesquisa e/ou orientação junto ao Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

da Universidade Federal do Pampa, durante \_\_\_horas/semanais, na condição de Docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Permanente ou Colaborador)

Data

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

Nome:

CPF:

Cargo:

Instituição: