

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro estar ciente de que as atividades relacionadas ao **Programa Institucional de Cursos de Capacitação para Alunos em Formação** não coincidirão com meus horários de trabalho e nem comprometerão as funções para as quais fui contratado nesta instituição.

INFORMAÇÕES COMO FUNCIONÁRIO OU ESTAGIÁRIO

Nome: _____

Cargo como funcionário ou estagiário: _____

Local de Atuação como funcionário ou estagiário: _____

Horário de Trabalho: _____

INFORMAÇÕES DO PICCAF

Local do Curso: _____

Horário do Curso: _____

Dias de Atuação: _____

Cientes,

Assinatura e Carimbo
Chefe do Serviço (Funcionário ou Estagiário)

Assinatura e Carimbo
Chefe do Serviço (PICCAF)

Assinatura do Aluno