UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Unidade Saúde Escola (USE)
Rodovia Washington Luís, km 235 – CP 676
13565-905 – São Carlos – SP
Fone: (16) 3351-8645 – E-mail: use@ufscar.br

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA ATIVIDADE

SERVIDOR USE

[MODELO]

Declaro que estou ciente da minha participação na Atividade de Extensão intitulada [Nome da Atividade], coordenada por [Nome do(a) proponente], para desenvolver as atividades [descrever as atividades], com dedicação de carga horária semanal de [hh] horas ou fora do horário de trabalho [caso se aplique].

São Carlos, ____ de _____ de 202__.

_____

Nome do(a) servidor(a)

[Assinatura/Carimbo ou assinatura Gov.Br]