

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM

Declaramos que concordamos que o Doutor

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

da UFRGS, na condição de **Docente Colaborador**.

Porto Alegre,

Nome:

CPF:

Cargo:

Instituição: