**ANEXO IV**

**CARTA DE ANUÊNCIA DO ORIENTADOR**

Eu, **NOME ORIENTADOR**, docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PPGSAUDE da Universidade Federal de Uberlândia-UFU, orientador do discente **NOME DO DISCENTE** venho por meio desta, em acordo com as normativas da instituição e do programa, declarar que:

Estou ciente e atesto que o acúmulo de bolsa de pós-graduação e o vinculo empregatício do discente não incorrerá em prejuízo para a execução do plano de trabalho previsto no projeto de dissertação/tese.

Certifico que a atividade remunerada não ultrapassará o limite de carga horária de **20 horas** estipulado para o vínculo empregatício, (de acordo com a Resolução Nº01/2023, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia) garantindo assim a viabilidade de ambas as responsabilidades.

Comprometo-me a comunicar prontamente qualquer ajuste nas condições que possa afetar a conciliação entre as atividades profissionais e acadêmicas.

Atenciosamente,

Uberlândia, \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ 2024

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

Assinatura do Discente

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

Assinatura do Docente (Digital gov.br)

- **É obrigatório a assinatura digital pelo sistema gov.br do servidor público federal. Não será aceito outro tipo de assinatura do orientador.**

**- A falta desta assinatura implicará na desconsideração deste documento.**