**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA ATIVIDADE OU COLABORAÇÃO ESPORÁDICA POR DOCENTES EM REGIME DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA**

**1. Docente Solicitante**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** | |
| Telefone: | Celular: |
| E-mail: | |
| Área/Departamento: | |
| Campus: | |
| CPF: | SIAPE: |
| Cargo horária semanal1: (h) | Cargo horária total2: (h) |

1Informar a carga horária semanal que será dedicada à atividade

2Informar a carga horária total que será dedicada à atividade

**2. Instituição Demandante da Atividade**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Empresarial:** | |
| Nome Fantasia: | |
| CNPJ: | E-mail: |
| Telefone: | Celular: |
| Endereço Completo: | |
| Descrição da Atividade Econômica Principal da Empresa: | |
| Nome do Representante Legal: | |
| CPF: | |

**3. Dados da Atividade**

**3.1 Tipo de Atividade**

|  |
| --- |
| **(conforme inciso XII do art. 21 da Lei nº12.772/2012)**  **(conforme inciso VIII do art. 21 da Lei nº12.772/2012)** |

**3.2 Detalhamento da Atividade**

|  |
| --- |
| **Orientação:** Apresente um histórico de como surgiu a demanda e porque a instituição demandante buscou o docente solicitante. Explique claramente os objetivos e no que consiste esta atividade, liste as ações que serão realizadas e quais produtos serão entregues. Informe qual a área de conhecimento científico e tecnológico que esta atividade está relacionada e qual metodologia que será utilizada. Demonstre que esta atividade se enquadra no tipo de atividade no quadro anterior (3.1) e que a atividade está diretamente vinculada a sua área de especialidade.  Utilize o campo abaixo para preenchimento. Máximo de duas páginas. |

|  |
| --- |
|  |

**3.3 Retorno para o IFSP**

|  |
| --- |
| **Orientação:** Descreva, qualifique ou quantifique o retorno ao IFSP com a realização da atividade, na forma de intercâmbios culturais, técnicos ou científicos e na propagação do nome, da capacidade e competência do IFSP.  Utilize o campo abaixo para preenchimento. Máximo de 30 linhas. |

|  |
| --- |
|  |

**3.4 Período e Horário de Realização**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data de início1:** | **Data de término1:** |
| **Liste os dias da semana e os horários em que serão realizadas as atividades2:** | |

1usar o formato dd/mm/aaaa

2Ex: Segunda-feira (05/11/2017) das 07h00 às 10h00

**3.5 Local de Execução da Atividade1**

|  |
| --- |
|  |

1Informe detalhadamente o local de execução da atividade

**4. Declaração1**

O docente solicitante deverá declarar concordância com todos os termos listados abaixo para que seja dado prosseguimento a tramitação deste requerimento de autorização:

|  |
| --- |
| Declaro que a atividade, objeto do presente requerimento de autorização, será por mim realizada além das 40 horas de trabalho como servidor do IFSP, não ocasionando qualquer prejuízo das minhas atividades docentes e nem comprometendo o Plano de Metas do IFSP.  Declaro que a atividade que desenvolverei é esporádica, não gera vínculo empregatício de qualquer natureza com a contratante e está diretamente relacionada à minha especialidade técnico-científica.  Declaro que a execução da atividade não prevê a utilização direta ou indireta da infraestrutura e recursos do IFSP.  Declaro que não haverá transferência de informações sigilosas ou protegidas por instrumento jurídico ou por direito de propriedade intelectual de titularidade do IFSP.  Declaro que a soma da minha remuneração (bolsas, pagamento de serviços prestados e outras retribuições) como servidor público, não excederá, mensalmente, o maior valor recebido pelo funcionalismo público federal, nos termos do Art. 37, inciso XI da Constituição Federal. |

1 Declaração feita em observância aos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro.

**5. Anexos**

O docente solicitante deverá anexar o documento listado abaixo e incluir demais documentos que julgar pertinente:

|  |
| --- |
| Documento formalizando a solicitação de colaboração ou participação esporádica do docente, emitido pela entidade e/ou pessoa demandante.  Outros (listar se for o caso): |