**ANEXO V**

**(BAIXE O FORMULÁRIO OU FAÇA UMA CÓPIA PARA PODER EDITAR)**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ATRIBUIÇÕES VINCULADAS AO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO SOCIAL E PROFISSIONAL SOB A GESTÃO DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO (IFSP)**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para os devidos ns, que tenho plena ciência de que a prestação de serviço para o qual estou sendo contratado(a) NÃO GERA QUALQUER VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM O INSTITUTO FEDERAL DE SÃO PAULO OU COM A FUNARBE, seja ele de natureza estatutária ou celetista, sendo de caráter temporário, na qualidade de bolsista e podendo ser interrompido o vínculo a qualquer tempo, consideradas as justificativas pertinentes abaixo:

a) Resultado insatisfatório da avaliação de desempenho do bolsista.

b) Por solicitação voluntária do(a) bolsista.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

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

Nome do(a) Bolsista