

Ministério da Educação

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

**ANEXO V**

**AUTORIZAÇÃO DO *CAMPUS* DE ORIGEM**

(Profissional em exercício em *campus* diferente da oferta)

**Dados do docente:**

|  |
| --- |
| Nome: |
| *Campus* de origem: |
| E-mail: |

Declaramos que concordamos que, nome do docente, vinculado ao *campus xxxxxx* com carga horária de xx horas/semana, regime xxx, desenvolva atividades de ensino, pesquisa e/ou orientação junto ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Especialização em xxxxxxxxx do IFRS a ser ofertado no *campus* xxxxx, na condição de **Docente** e que as atividades desenvolvidas junto ao Curso **comporão os encargos docentes do referido servidor**.

xxxxxxx, xxxxxx de xxxxxx de 20xx.

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

Nome, Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata