****

**REQUERIMENTO: ATIVIDADES SIMULTÂNEAS**

**Atividades de Consultoria, Assessoria, Assistência, de acordo com a Deliberação CONSU-A-02/2001**

***A(o) Chefe do (DEPARTAMENTO: xxxxxxxxxxxxxxxx***

***Sr(a) xxxxxx***

Eu, xxxxxxxxxx, docente vinculado à Faculdade de Educação/Departamento: xxxxxxxx **(xxxxxxx)** ***venho por meio deste solicitar autorização para realizar Atividades Simultâneas***, conforme informações abaixo:

Descrição pormenorizada das atividades a serem realizadas ou anexar plano ou projeto de trabalho. (anexar carta Convite da instituição solicitante)

Plano de Trabalho e Carta da Instituição em anexo

Tempo dedicado a essas atividades:\_**2h30min/semanais**

***\*Limite: 60 Horas Semestrais***

***Data prevista de início: fevereiro/2020 /Data final: junho/2021***

Prazo/período: **xxxxxxxx**

Instituição contratante: **xxxxxxxxxx**

Nome do projeto/disciplina/atividade a ser desenvolvida:

**xxxxxxxxxxxxx**

Justificativa e relevância das atividades pleiteadas:

**Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**

*Valores e Formas de Pagamento*

***xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx***

***( X ) Com Remuneração***

Valor Bruto: R$ \_\_xxxxxx\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quantidade e valor das parcelas a serem pagas: x vezes de R$\_xxxxx\_\_\_\_\_\_\_\_.

***( ) Sem Remuneração***

***Em caso de Atividade Simultânea Remunerada, declaro que:***

* Estou ciente dos termos da Deliberação CONSU A-02/2001
* Recolherei à Conta Unicamp/Reitoria/Atividades Simultâneas, de no. 033.0207.43.011007-7, as taxas abaixo, no prazo de até 30 (trinta) dias do recebimento dos honorários correspondentes a esta atividade, e enviarei cópia do comprovante de recebimento do pagamento e cópia de comprovante de depósito bancário para ser anexado no processo de Registro de Atividades Simultâneas ao RDIDP da Faculdade de Educação\z
* As atividades acima descritas não envolvem vínculo empregatício ou atividade profissional autônoma
* Declaro ainda que não sou proprietário, sócio proprietário e a empresa não pertence a parentes até segundo grau
* Estou ciente de que os valores percebidos serão comunicados pela Área de Finanças da DGA à Diretoria Geral de Recursos Humanos - DGRH, para efeito de registro no cálculo dos valores excedentes a 100% de complementação salarial nos termos da Resolução GR 23/2008
* Estou ciente de que para que a atividade aqui descrita tenha continuidade além do prazo especificado acima, deverei solicitar uma nova autorização para exercê-la, bem como recolher as novas taxas correspondentes.  
    
  Campinas, 29 de janeiro de 2020

Nome: xxxxxxxxxxx

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

Assinatura do solicitante