

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA SUPERIOR IMEDIATO**

Declaro que é de meu conhecimento que o(a) funcionário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_, do(a) Unidade/Órgão - Departamento/área, está liberado para participar da(s) atividade(s) oferecidas pelo Programa Univers**IDADE** da Unicamp, no período entre 8h30 e 17h30, conforme cronograma das atividades em que ele(a) estiver inscrito(a).

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_