**TERMO DE ADESÃO AO SERVIÇO REMOTO VOLUNTÁRIO NÃO REMUNERADO – LEI FEDERAL nº 9.608/98**

NOME DO/A ALUNO/A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° DA IDENTIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº DO CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: TELEFONE(S): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE SERVIÇO REMOTO QUE O VOLUNTÁRIO PRESTARÁ Á DISTÂNCIA: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO ONDE PRESTARÁ O SERVIÇO REMOTO: UERGS/CNPJ 04.732.975/0001-65

UNIDADE DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO REMOTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO REMOTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

NOME COMPLETO DO CURSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO COMPONENTE CURRICULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO/A PROFESSOR/A ORIENTADOR/A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERÍODO DA ATIVIDADE: / / a / / . CARGA HORÁRIA SEMANAL: 20 Horas.

DECLARO QUE ESTOU CIENTE E ACEITO OS TERMOS DA LEI DO SERVIÇO VOLUNTÁRIO de Nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, SEM RELAÇÃO DE EMPREGO E SEM REMUNERAÇÃO.

[NOME DA CIDADE], [DIA DO MÊS] de [NOME DO MÊS] de [ANO].

 Aluno/a Professor/a Orientador/a

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

Coordenador/a de Colegiado de Curso

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

Coordenador/a da Coordenadoria de Qualificação Acadêmica

Testemunha 1: Testemunha 2:

Nome/CPF: Nome/CPF: