

Nome da Instituição de Origem:

Unidade/Departamento/Setor:

**Declaração de Formalização de Parceria Interinstitucional
(MODELO)**

Informamos

que,

_____ (nome completo sem
abreviações), CPF nº _____, compromete-se a participar da
execução do Programa/Projeto (título registrado na PROEX)

_____ da Universidade Federal
Fluminense, dedicando ao mesmo uma carga horária semanal de _____ horas.

_____, ____ / ____ / _____.
Local dia mês ano

Assinatura e carimbo do Chefe
Imediato ou responsável pela
Instituição

De acordo.

Assinatura do Participante