****

**DECLARAÇÃO DO COORDENADOR(A) DE LABORATÓRIO**

Eu, professor(a) (digite o nome), coordenador do Laboratório (digite o nome), declaro para os devidos fins, estar ciente e de acordo com o afastamento na forma de ação de desenvolvimento em serviço de (xx) horas semanais, do(da) servidor(a) técnico-administrativo (informar nome), matrícula UFSJ (informe o nº), alocado(a) no laboratório supracitado, para cursar (informar Mestrado/Doutorado), no Programa (informar), no período de (dd/mm/aaaa) a (dd/mm/aaaa), e que o cumprimento da jornada restante de trabalho acontecerá conforme Quadro de Horário semestral apresentado à chefia imediata.

Atenciosamente,

Divinópolis, (dia) de (mês) de 2024

(Assinatura)

Nome do coordenador(a)

*Campus* Centro-Oeste Dona Lindu