**Solicitação para realização de Atividades Simultâneas – Regime RDIDP**

**Ilma. Sra. Profa. Dra. Marilia Estevam Cornélio**

Presidente do Conselho Integrado da Faculdade de Enfermagem – CONSI

Eu, (colocar seu nome), nos termos dos artigos 8º e 9º, 13º da Deliberação CONSU A-02/2001, de 27.03.2001, venho solicitar autorização para que possa realizar as atividades descritas a seguir:

Nome do Projeto ou Atividade: (Informar o nome da atividade)

Realização das atividades: (Descrever detalhadamente as atividades a serem realizadas)

Prazo: (Informar a quantidades de meses e horas semanais)

Valor total: R$........................ (Informar aqui o valor e forma do pagamento (quantidade de parcelas), se não houver pagamento, inserir a informação: atividade não remunerada).

Nome da empresa/ instituição que solicita o serviço: (Informar o nome da empresa/ instituição)

Endereço ou outra forma de contato com o solicitante: (Informar e-mail e telefone do solicitante/empresa)

Declaro que:

- Estou ciente dos termos da Deliberação CONSU A-02/2001,

- Recolherei à Conta Unicamp/Reitoria/Atividades Simultâneas, de nº Banco Santander Brasil S.A. (033), agência (0207), c/c. 43.011007-7, as taxas abaixo, no prazo de até 30 (trinta) dias do recebimento dos honorários:

1. PIDS (8%)

2. FAEPEX (3%)

3. AIU (10%)

Correspondente a esta atividade, perfazendo um total de R$ ........ (Informar aqui o valor a ser recolhido referente às taxas acima citadas), se não houver pagamento, inserir a informação: atividade não remunerada), e enviarei cópia do comprovante de depósito bancário para ser anexado no processo de Registro de Atividades Simultâneas ao RDIDP da Faculdade de Enfermagem.

Informarei à DGA, através do site [www.dga.unicamp.br](http://www.dga.unicamp.br) , sobre o depósito efetuado.

- 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, de de 20xx.

Prof.(a) Dr.(a) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Docente da Faculdade de Enfermagem – FEnf/ UNICAMP

(Original assinado pela referida docente)

**(ATENÇÃO: Anexar o convite (ou documento) que comprove sua participação referente à solicitação de atividades simultâneas e encaminhar os documentos para o e-mail do CONSI.)**