**DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO PELO EMPREGADOR**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que, em caso de aprovação no Processo Seletivo para o Programa de Pós-Graduação em Agronomia/Produção Vegetal, em nível de mestrado/doutorado, o candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, funcionário deste estabelecimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do estabelecimento / empresa), em regime de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ficará liberado por tempo integral de suas atividades profissionais durante o período necessário para o cumprimento das exigências necessárias para a conclusão do curso.

Declaro que as informações contidas neste documento são verdadeiras e que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Local | Data | Assinatura do Empregador |