UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Educação Física - Comissão de Pós-Graduação

Avenida Érico Veríssimo, 701 - Campinas/SP

CEP 13083-851 - Tel. (19) 3521-6609





**ANEXO 4**

**CARTA DO EMPREGADOR – ALUNO DE PÓS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pela empresa/instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins acadêmicos que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabalha nesta empresa com vínculo empregatício de até 8 horas semanais.

Sem mais para o momento, subscrevo-me,

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

Nome do responsável - Nome da empresa/instituição - Carimbo da empresa/instituição

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_