

ANEXO II
DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE

Pela presente DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE, eu _____, RG nº: _____, CPF nº: _____, servidor(a) público(a) de matrícula nº: _____, ocupante do cargo de Professor(a) do Quadro de Pessoal do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – IFCE, em exercício no *campus* Itapipoca, declaro ter disponibilidade de até _____ horas semanais para participar das atividades do PROGRAMA MULHERES MIL / BOLSA FORMAÇÃO.

DECLARO, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, e estou ciente que, nos termos do § 1º do art. 9 da Lei 12.513, de 26/10/2011, deverei compensar as horas de exercício docente, quando desempenhadas durante a minha jornada de trabalho.

Nome completo do(a) servidor(a) e assinatura eletrônica no SEI

Itapipoca/CE, _____ de novembro de 2023.

***Este documento deve ser emitido via SEI!**