



AMBULATÓRIO ESCOLA



DOCENTE:	MATRÍCULA SIAPE
ESPECIALIDADE:	

Eu, servidor acima identificado, pelo presente termo, venho requerer DESMARCAÇÃO de horário de AULA no AMBULATÓRIO ESCOLA pelo seguinte motivo:

DATA / PERÍODO: _____ **HORÁRIO:** _____

PROPOSTA DE COMPENSAÇÃO / OU SUBSTITUIÇÃO POR OUTRO DOCENTE:

DATA: ____/____/____ a ____/____/____

ASSINATURA DO DOCENTE: _____

Coordenação de Curso

<input type="checkbox"/> ALTERADO	<input type="checkbox"/> NEGADO	<input type="checkbox"/> ARQUIVADO
DATA: ____/____/____	ASSINATURA E CARIMBO: _____	

**OBS.: - Anexar lista assinada pelos discentes, concordando com a possível alteração.
- Comunicar a todos os discentes do aceite/ou não da alteração.**