



FORMULÁRIO DE SUBSTITUIÇÃO E REPOSIÇÃO DE AULAS

De: _____

Data: ___/___/___

Para: _____

Solicito autorização para afastamento de minhas atividades nesta Instituição no período de ___/___/___ à ___/___/___, por motivo de _____

Obs: Anexo “Termo de Concordância dos Discentes”

Para isso, serei substituído em minhas aulas da seguinte forma:

DIA	DISCIPLINA	HORÁRIO	TURNO	PROFESSOR (que me substituirá)

E reporei minhas aulas conforme o quadro abaixo:

DIA	DISCIPLINA	HORÁRIO	TURNO	PROFESSOR (que me substituirá)

Válido com a assinatura do solicitante

Parecer da Coordenação do Colegiado	
<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo
Obs:	
Em: / /	

Obs: Esta solicitação deverá ser entregue à sua Coordenação com antecedência mínima de 48 horas.



TERMO DE CONCORDÂNCIA DOS DISCENTES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____
31. _____
32. _____
33. _____
34. _____