



# Universidade Estadual de Maringá

## Centro de Ciências da Saúde



### Requerimento

Nome:

Função:  Matrícula:  Lotação:

- Evento Científico       Participação em Banca Examinadora  
 Assessoria       Palestra / Aula em outra Instituição  
 Abono       Férias  
 Atestado       Outros:

Complemento / Justificativa:

Período de Afastamento:   Nacional  Internacional

Local:  Cidade/País:

Evento:

- Declaro estar ciente do disposto nos Art. 4º, 7º e 8º da Resolução nº 070/17-CAD (regime de trabalho docente)  
 Declaro estar ciente do contido na Instrução Normativa nº 001/2017-GRE (afastamento ao exterior)

### Plano de Antecipação/Reposição de Aula/Substituição

*(Obrigatório quando houver aula da graduação no(s) dia(s) de afastamento)*

Nome da Disciplina:  Código:

Docente Substituto(a):  Carga Horária:

Horário da Disciplina		<input type="checkbox"/> Reposição	<input type="checkbox"/> Antecipação	Bloco /Sala	Turma:	Ciência do Substituto(a)
Dia da semana	Horário	<input type="checkbox"/> Indicação de	Substituto(a)			
		Dia	Horário			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Declaro estar ciente do disposto na Resolução nº 204/2005-CEP (critérios pertinentes à antecipação e/ou reposição de aulas)

Justificativa:

Maringá,  de  de

Assinatura Requerente

Ciência

Autorização

Observações:

Coordenador(a) do Colegiado

Chefe do Departamento

Nome:  Lotação:



Universidade Estadual de Maringá  
Centro de Ciências da Saúde



Assunto: