



FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE _____

Senhora Diretora,

Eu, _____, docente () / técnico-administrativo (), lotado no Departamento de _____, solicito a V.Sa. afastamento das minhas atividades, no período de _____, pelo motivo a seguir:

Comunico que as atividades de minha responsabilidade ficarão a cargo do docente/técnico _____, sem acarretar a necessidade de contratação de um substituto ou prejuízos as atividades acadêmicas/administrativas.

Fortaleza, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do servidor

De acordo do substituto:

Nome completo:

Visto do Chefe do Departamento:

Assinatura e carimbo

À Senhora
Prof.^a Dr.^a Valéria Goes Ferreira Pinheiro
Diretora da Faculdade de Medicina/UFC