



**FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**

Relatório de Afastamento

(não preencher)
DRH n° _____
Data de Entrada: ____ / ____ / ____

1. Nome: _____
 2. Cargo: _____
 3. Área: _____
 4. Afastamento para: _____
 5. Período: _____
 6. Instituição responsável pelo evento: _____
 7. Temário: _____

 8. Avaliação do evento:
 ruim regular bom ótimo

9. Comentário/ Atividades:

() ruim () regular () bom () ótimo

9. Comentário/ Atividades:

Data: / /

assinatura do funcionário

IMPORTANTE: Preencher e enviar ao Chefe de Disciplina (docente) ou à Chefia Imediata (funcionário).