



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 nº _____
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:

Data: ____/ ____/ ____

assinatura do funcionário

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