



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Rua Marrey Júnior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3434-4110
CNPJ: 09.161.265/0001-46

Solicitação de Afastamento de Funcionário

(não preencher)
DRH nº _____
Data de Entrada: ____/____/____

Identificação do Funcionário

1. Nome: _____
2. Cargo: _____
3. Área: _____

Dados do Afastamento

1. Solicitação: () inicial () prorrogação
2. Afastamento para: _____

Pós-Graduação: () mestrado () doutorado () pós-doutorado
3. Período do afastamento: _____
No caso de pós-graduação e estágio, informar dia da semana: _____
4. Instituição responsável pelo evento (anexar comprovante, formulário, material de divulgação, etc)

5. Local do evento: _____
6. Condição: () ministrante () participante
7. Temário: _____
8. Justificativa: _____

9. Atividades docente-assistenciais e esquema de cobertura (informar, se houver, no período do afastamento solicitado):

Data: ____/____/____

assinatura do funcionário

Manifestação (conforme o caso, das autoridades indicadas no Regulamento) sobre a possibilidade do afastamento e o interesse da Instituição:

Chefe(s) de Disciplina(s) (para docente) ou Chefia Imediata (para funcionário):

Data: __/__/__

assinatura e nome/carimbo

Diretor de Unidade Técnica:

Data: __/__/__

assinatura e nome/carimbo

Diretor de Graduação:

Data: __/__/__

assinatura e nome/carimbo

Diretor de Pós-Graduação:

Data: __/__/__

assinatura e nome/carimbo

Diretor Presidente:

Data: __/__/__

assinatura e nome/carimbo

Encaminhamentos para manifestação:

Data:

Rubrica:

() Chefe de Disciplina de:	__/__/__	
() Diretor da Unidade Técnica:	__/__/__	
() Diretor de Graduação	__/__/__	
() Diretor de Pós-Graduação	__/__/__	
() Diretor Presidente	__/__/__	
()	__/__/__	
()	__/__/__	