

# **PRODEP**

## PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

|  |
| --- |
| SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO DE DOCENTE (MAIS DE 15 DIAS) N° 23066 \_ \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ - \_ \_ |

DADOS DO REQUERENTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | | | Matrícula | Unidade |
| Situação Funcional  [ ] Ativo [ ] .......................................... | E-mail | | DDD e Telefone | |
| Evento | | | | |
| Local | Período do Evento  a | Período do Afastamento  a | | |
| Tipo da Participação  [ ] Curso de Pós-graduação [ ] Missão científica ou cultural [ ] Conferencista [ ] Estágio [ ] ....................................................................... | | | | |
| Tipo de Afastamento  [ ] Com Ônus [ ] Com Ônus Limitado [ ] Sem Ônus | | | | |
| Bolsa  [ ] CNPq [ ] CAPES [ ] FAPESB [ ] OUTRO | | | | |
| Data .........../.........../........... Assinatura ............................................................................................................................................ | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A ser preenchido pelo Departamento** | | | | |
| **O afastamento do Professor está previsto no Plano de Qualificação Docente?** [ ] Sim [ ] Não | | | | |
| **Disciplinas a cargo do Professor nos últimos três semestres** | | | | |
| Ano / Sem. | Código | Denominação | | Carga Horária |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Previsão de substituição** | | | | |
| Ano / Sem. | Nome do professor | | Disciplina | |
|  |  | |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  | |  | |
| **Observação** | | | | |
| Data .........../.........../........... Assinatura do chefe de departamento......................................................................................................... | | | | |
| **Parecer circunstanciado do Departamento** (Art. 4º da Resolução nº 04/90, dos Conselhos Universitário e de Coordenação) | | | | |
| Data da Aprovação em Plenário.........../.........../........... Assinatura da chefia de departamento .............................................................................. | | | | |
| Reservado à Direção da Unidade  Data .........../.........../........... Assinatura ............................................................................................................................................ | | | | |