



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
BAHIA
Campus Eunápolis

Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional
e Tecnológica

De: _____

Data: ____/____/____

Para: _____

Solicito a V. S^a autorização para afastamento de minhas atividades nesta Instituição no período de ____/____/____ a ____/____/____, por motivo de _____

QUADRO DE SUBSTITUIÇÃO DE HORÁRIO

DIA	TURMA	HORÁRIO	PROFESSOR

QUADRO DE REPOSIÇÃO

DIA	TURMA	HORÁRIO	PROFESSOR

OBS.

Assinatura

Parecer da Coordenação	Parecer do Departamento de Ensino
Em: / /	Em: / /

Obs.: Esta solicitação deverá ser entregue à sua Coordenação com antecedência de no mínimo 05 dias de antecedência para os trâmites necessários.