**SOLICITAÇÃO DE EXONERAÇÃO DE PROFESSOR EFETIVO**

|  |
| --- |
| **Departamento / Centro** |
|  |

|  |
| --- |
| **Nome do Professor** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A partir de: (dd/mm/aaaa) \*** | **Matrícula** | **Carga Horária**  |
|  |  |  |

\* A partir desta data o professor não mais terá direito a pagamento.

|  |
| --- |
| **Justificativa**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Autorização do Departamento** |
| **Assinatura do Chefe do Departamento** |
|  |

|  |
| --- |
| **Autorização da Direção de Ensino** |
| **Assinatura do Diretor de Ensino** |
|  |

|  |
| --- |
| **Local e Data** |
|  |

|  |
| --- |
| **De acordo da Pró-Reitoria de Ensino**  |
|  |

Observação: Por razões técnicas, as solicitações só podem ser analisadas mediante a apresentação da totalidade das informações acima.