**FORMULÁRIO DE PEDIDO DE AFASTAMENTO DE DOCENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |  | **ANO E SEMESTRE** |
|  |  |  | |  |  |  |
| **PROFESSOR(ES)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **RAZÃO DO AFASTAMENTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **LOCAL DE DESTINO DO AFASTAMENTO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **DATA DE INÍCIO DO AFASTAMENTO** | | | **DATA DE FIM DO AFASTAMENTO** | | | |
|  | | |  | | | |
| **DESEJA EMISSÃO DE CERTIDÃO, CASO APROVADO O PEDIDO?** | | | | | | |
| ( ) Sim ( ) Não | | | | | | |
| **DOCUMENTOS ANEXADOS AO PEDIDO:** | | | | | | |
|  | | | | | | |

( ) Declaro estar ciente de que os pedidos de afastamento devem ser realizados pelo sistema específico da UFMG (<https://aplicativos.ufmg.br/afastamento/>), para além da aprovação dada pela Câmara Departamental, seguindo os critérios estabelecidos pela Universidade (disponíveis em: <https://www.ufmg.br/prorh/categoria_legislacao/afastamentos/>).

Data do pedido: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARA USO DA SECRETARIA** | | |
| DATA DO AD REFERENDUM (CASO HAJA): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | APROVADO? ( ) Sim ( ) Não | |
| DATA DA ANÁLISE PELA CÂMARA DEPARTAMENTAL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | | APROVADO? ( ) Sim ( ) Não |
| EMISSÃO DE CERTIDÃO? ( ) Sim, em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) Não | | |