**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 |