

ANEXO III DA RESOLUÇÃO Nº 159/2016-COU, DE 15 DE SETEMBRO DE 2016.

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO/DISPENSA DE HORAS PARA PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* OU *STRICTO SENSU* - (ALUNO ESPECIAL)

Identificação

Agente Universitário: _____

R.G. _____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefone (____) _____ E-mail _____

Setor: _____

Unidade de Lotação: _____

Afastamento/Dispensa de Horas Semanais - Programas de Pós-Graduação *Lato Sensu e Stricto sensu*

() Aluno Regular - Carga-horária a ser dispensada _____ horas/semanais (até 08 horas/semanais)

() Aluno Especial - Carga-horária a ser dispensada _____ horas/semanais (referente a disciplina frequentada)

Horário a ser Dispensado

	MANHÃ	TARDE	NOITE
segunda-feira			
terça-feira			
quarta-feira			
quinta-feira			
sexta-feira			
Sábado			
Domingo			

Local e Período da Dispensa de Horas

Instituição Promotora: _____

Nome do Programa: _____

Estado: _____ Cidade: _____ País: _____

Grande Área - Capes: _____

Área - Capes: _____

Início da Dispensa (dia, mês, ano) _____

Término da Dispensa (dia, mês, ano) _____

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura

Ciência da Chefia Imediata

Data: ___/___/___ Carimbo e assinatura _____

Obs.: Protocolizar e encaminhar ao setor de Recursos Humanos da Unidade afeta.

