

1. Liberação de

FORMULÁRIO DE LIBERAÇÃO DE ENCARGOS DIDÁTICOS

DATA: ___/___/____

O (a) Prof. (a) _____ solicita ao Departamento de Odontologia Restauradora, a liberação de encargos didáticos para participar de (o) _____

Tipo de atividadeAbrangência Ministrando Curso Local Frequentar curso Regional Congresso Nacional Apresentação de Painel Internacional Outros – Especificar _____

Local _____

Início ___/___/____

Término ___/___/____

Carga horária: _____

Assinatura do Professor _____

Obs.: Em caso de eventual substituição durante sua ausência, favor indicar neste espaço, o nome do professor que o substituirá e sua anuência e ciência do Coordenador da Disciplina lecionada.

Professor substituto: _____ Assinatura _____

Professor substituto: _____ Assinatura _____

Professor substituto: _____ Assinatura _____

Professor substituto: _____ Assinatura _____

Coordenador da Disciplina: _____ Assinatura _____

APROVAÇÃO DA CÂMARA DEPARTAMENTAL (carimbo)

Lançado no INA em ___/___/____