



Serviço Público Federal

*Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Centro Federal de Educação Tecnológica de Bento Gonçalves-RS*

AUTORIZAÇÃO PARA AFASTAMENTO PARA CAPACITAÇÃO/EVENTO

NOME DO EVENTO: _____

LOCAL: _____

DATA DO EVENTO: ____/____/____

DATA E HORÁRIO DE SAÍDA: ____/____/____ às ____ h ____ min.

DATA E HORÁRIO DE RETORNO: ____/____/____ às ____ h ____ min.

PARTICIPANTES: _____

JUSTIFICATIVA DE PARTICIPAÇÃO: _____

NECESSITA DE:

- () Diária;
- () Auxílio Transporte;
- () Passagem aérea/rodoviária.

Bento Gonçalves, ____ de _____ de 2006

ASSINATURA

1). Protocolo no CGRH:

--

2) Parecer do CPPD ou CIS:

--

3) Parecer da Chefia Imediata (Coordenadorias)

--

4) Parecer do DDE ou DAP:

--

5) Parecer do Diretor Geral:

--