

SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

Docente: _____ Período: _____

Motivo: _____

Turma	Horário	Data da Aula	Professor(a) Substituto(a)	Ass. do Prof(a) Substituto(a)	Data da reposição para o Professor(a) Substituto

() Deferido () Indeferido

Assinatura da Diretoria de Ensino, Coordenação de Ensino ou SAP

Obs:

1. A antecipação será válida somente com a devolução deste documento devidamente assinado e autorizado pela Diretoria de Ensino, Coordenação de Ensino ou Setor de Apoio Pedagógico.
2. A solicitação deve ser apresentada aos Setores acima mencionados com o mínimo de 02(dois) dias letivos de antecedência.
3. A reposição deverá ser realizada dentro do bimestre letivo.