Senhor(a) Coordenador(a) do Curso **<Preencher curso>**,

**<Nome do docente> (matrícula SIAPE XXXXXXX)** solicita de Vossa Senhoria **AUTORIZAÇÃO** para

        [  ] Reposição de aula (justificativa de falta)

        [  ] Permuta de Horários

        [  ] Adiantamento de aulas

Conforme descrito a seguir:

1. Período de alteração dos horários das atividades docentes: **<Preencher período de ausência/permuta/adiantamento de aulas>**.

2. Motivo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [     ] Doença | [     ] Capacitação Profissional | [  ] Motivos Pessoais | [     ] Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

2.1. Justificativa(anexar documentos comprobatórios)**:**

3. **PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO/PERMUTA/ADIANTAMENTO DAS AULAS**

* **Se reposição de aula preencher da seguinte forma:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Componente Curricular Turma/Período**  | **Data e hora da Aula** | **Data e hora da Reposição** | **Docente responsável pelo horário da reposição (se houver)** | **Informações adicionais** |
|  |  |  |  |  |

* **Se permuta de horário preencher da seguinte forma:**

|  |
| --- |
| Permuta de horários entre os componentes curriculares abaixo designados |
| **Componente Curricular Turma/Período** **Docente Responsável** | **Data e hora da Aula** | **Componente Curricular Turma/Período** **Docente Responsável** | **Data e hora da Aula** | **Informações adicionais** |
|  |  |  |  |  |

* **Se adiantamento de aulas preencher da seguinte forma:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Componente Curricular Turma/Período**  | **Data e hora da Aula adicional** | **Docente responsável pelo horário adicional (se houver)** | **Informações adicionais** |
|  |  |  |  |

Assinam a solicitação o docente solicitante e os docentes envolvidos nos horários de reposição/permuta/adiantamento das aulas.