|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  **FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  **ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL** | Afast.: |
| Data: |

**1. IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Função/Cargo: | Matricula: |
| Departamento/Área: | Ramal: |

**2. DADOS DO EVENTO**

Titulo do Evento:

Promotor do Evento (Instituição e/ou Associação):

Local (Cidade, Estado e País):

Prazo:       dias (Inclusive Transito) de:       a

Data do início do Certame (Evento) de:       a

Financiadora:

Finalidade do Evento especificar:

|  |
| --- |
|  |

Apresentar trabalho (dar título e anexar resumo):

|  |
| --- |
|  |

**3. AFASTAMENTO INTERNACIONAL** (preencher dados abaixo para seguro viagem)

|  |  |
| --- | --- |
| Origem (Cidade, Estado, País): | Destino (país): |
|  |  |
| e-mail para envio do voucher: | Enviar Cópia do Voucher para (e-mail): |
|  |  |
| Celular para contato sobre o voucher: | Contato na ocorrência de sinistro: |
|  | Nome:  Telefone: |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Interessado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Chefe de Departamento |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor da Unidade