|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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: | C/C: |
|       |       |
| Celular para contato sobre o voucher: |  |
|       |  |
| Nome do contato na ocorrência de sinistro:  | Telefone do contato na ocorrência de sinistro: |
|       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do interessado* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do Chefe de Departamento* |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura do diretor da unidade*

**Conforme Ofício Circular DFCM 02/2010, *“os pedidos de afastamentos, para o exterior, deverão dar entrada na CCD/FCM (docentes) ou RH/FCM (técnicos e administrativos), respectivamente, com no mínimo 07 (sete) dias úteis de antecedência da viagem”.***