

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

## DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Campus Universitário-Trindade - Florianópolis/SC - CEP 88040-370

Fone: (48) 3721 4945 - e-mail ptl@contato.ufsc.br

**COMUNICADO DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE DE TRABALHO NA GRANDE FLORIANÓPOLIS FORA DAS DEPENDÊNCIAS FISICAS DA UFSC**

Eu xxxx, Siape xxxxxx, comunico que no(s) dia(s) e condições a seguir estarei realizando minhas atividades de trabalho na Grande Florianópolis, porém, fora das dependências físicas da UFSC.

Atividade: xxxxxx

Local: xxxxxx

Data: xxxxxx

( ) Informo que as atividades de ensino serão assumidas por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Informo que não tenho as atividades de ensino previstas no período.

( ) Informo que a carga horária de ensino será recuperada em:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Florianópolis, de de 20 .

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

Assinatura do(a) solicitante

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

Chefia do Departamento de Patologia