

por delegação de competências

 Autorizado Não Autorizado

O (A) Presidente do

AUTORIZAÇÃO DESLOCAÇÃO**IDENTIFICAÇÃO**

NOME

CATEGORIA

OBJECTIVO DESLOCAÇÃO

EVENTO

INSTITUIÇÃO

LOCAL (CIDADE/PAÍS)

DATA (PERÍODO) de a

OBS.

TRANSPORTE

DESLOCAÇÃO Escolha um item.

TRANSPORTE

OBS.

SUPORTE DESPESA**SERVIÇO DOCENTE** (INDICAR POR QUEM SERÁ ASSEGURADO O SERVIÇO DOCENTE)

NOME

OBS.

O(A) REQUERENTE

DATA: