

**DECLARAÇÃO DE DESPESAS PARA DESLOCAMENTO DE VIAGEM À
SERVIÇO**

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

Código: HCF-DGP-FOR-7**Revisão:** 0**Dados do Profissional:**

Nome do Profissional:

RG.:

Matrícula:

Cargo/Função:

Unidade Administrativa:

Identificação do Deslocamento:

Deslocamento para:

Município:

Período da viagem:

Declaro que estou solicitando o ressarcimento das minhas despesas por:

Pernoite: () Conta Própria () Entidade Pública () *Outros

Diária: () Conta Própria () Entidade Pública () *Outros

* Caso tenha assinalado em Outros, por favor, justificar:
