

SOLICITAÇÃO DE DESLOCAMENTO PARA VIAGEM À SERVIÇO	
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília	
Código: HCF-DGP-FOR-5	Revisão: 0

Dados do Profissional:

Nome do Profissional:

RG.:

Matrícula:

Cargo/Função:

Regime Jurídico: () Estatutário

Unidade Administrativa:

Identificação do Deslocamento:

Deslocamento para:

Município:

Período da Viagem:

Motivo da viagem:

Solicito autorização para deslocamento de viagem a serviço, a realizar-se conforme informações prestadas, sendo necessária a liberação de marcação da frequência no período da viagem.

Informo estar ciente de que, **no prazo de 03 dias úteis**, após o retorno da viagem, devo encaminhar o relatório de atividades do deslocamento de viagem a serviço, sob pena dos dias em que permaneci afastada(o) serem considerados como Faltas Injustificadas.

Obs.: É obrigatório anexar o comprovante de Agendamento de viagem.