**Formulário para Registro de Substituição de Aulas**

**Docente:**

**Área Acadêmica:**

**E-mail:**

**Telefone:**

**Quadro organizativo de substituição das aulas:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA(S) DA(S) AULA(S)** | **HORÁRIO(S)** | **CURSO(S)** | **COMPONENTE(S) CURRICULAR(ES)** | **NOME DO(A) DOCENTE RESPONSÁVEL PELA SUBSTITUIÇÃO** | **TELEFONE DO(A) DOCENTE RESPONSÁVEL PELA SUBSTITUIÇÃO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*\* acrescente mais linhas, se for necessário.*

Inserir a assinatura digital de: coordenador(es) dos cursos envolvidos e coordenador da área do docente solicitante.

Porto Alegre, XX de XXXXX de 20XX