



FICHA DE COMPENSAÇÃO DE HORÁRIOS - DOCENTE

(Lei 8112, de 11 de dezembro de 1990, art. 44, Art. 76-A, Art 83 e Art. 98)

Nome do servidor ausente: _____

Matrícula SIAPE: _____ Coordenação de lotação: _____

Data(s) e horário(s) da Ausência: _____
 ____/____/____ às __h__m; ____/____/____ às __h__m; Total de dias a serem compensados: _____

CRONOGRAMA DE AULAS DO DOCENTE QUE IRÁ SE AUSENTAR:

| Componente(s) Curricular(es)/ Turmas | Data(s) de Aula | Horário(s) de Aula | Nome do(s) Docente(s) em Substituição | Rubrica do(s) Docente(s) em Substituição | Componente(s) Curricular(es) que serão ministradas pelo(s) docente(s) em substituição |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------------------|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Data(s) e horário(s) da Compensação*:
 ____/____/____ às __h__m; ____/____/____ às __h__m;
 * respeitada a duração semanal do trabalho para servidor estudante e até o mês subsequente ao da ocorrência nos demais casos.

CRONOGRAMA DE AULAS DO(S) DOCENTE(S) EM SUBSTITUIÇÃO A SER COMPENSADO PELO SERVIDOR SOLICITANTE

| Componente(s) Curricular(es) / Turmas | Data(s) de Aula | Horário(s) de Aula |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Justificativa** (anexar documentos comprobatórios):

** Apenas nos seguintes casos: - Participação em Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu no País; - horário especial ao servidor estudante; - servidor que tenha dependente que conste do seu assentamento funcional portador de deficiência física com necessidade de acompanhamento, mediante comprovação por perícia médica oficial; - caso fortuito ou de força maior, mediante autorização da chefia imediata; - ao servidor que desempenhe atividades de gratificação de curso e concurso prevista nos incisos I e II do caput do art. 76-A da lei 8112/90; - por motivo de doença de dependente que conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por perícia médica oficial, quando não concedida a licença.

Data: ____/____/____ _____
 assinatura do servidor solicitante

Data: ____/____/____ _____
 assinatura e carimbo da Chefia Imediata

Autorização da Chefia Imediata:
 Autorizo a solicitação
 Não autorizo a solicitação

Data: ____/____/____ _____
 assinatura e carimbo da Direção de Ensino

Parecer da Direção de Ensino:
 Defiro a solicitação
 Indefero a solicitação