

Autorização de Permanência Noturna, finais de semana, feriados e recessos

Autorizo os(as) alunos(as) listados abaixo a permanecer no IFC no período:

dia/semanal: _____

Horário: das ____:____ até ____:____ hs.

Justificativa: _____

Local da atividade: _____

Servidor Responsável: _____

Título projeto, monitoria, outros: _____

Assinatura Servidor Responsável

CGAE

	Nome:	Turma/semestre
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		