



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Ciências Biológicas - CCB
Secretaria Integrada de Pós-Graduação

SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Eu, _____, RG _____,
CPF _____, matrícula _____, do
Programa de Pós-Graduação _____ (CCB/UFSC), solicito
afastamento para tratamento de saúde, a contar de ____ / ____ / ____.

E-mail: _____

Telefone: _____

Nível: () Mestrado Doutorado () Pós-Doutorado ()

Florianópolis, _____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) requerente