Centro Tecnológico Frederico Jorge Logemann - CFJL
Faculdade Horizontina - FAHOR

FAHOR
Para alçar voos mais altos

Viagens /Atividades Externas

Nome: **( ) CFJL ( ) FAHOR**

Período de ocorrência da Atividade

De ___h___min do dia ___/___/___ até ___h___min do dia ___/___/___

Especificações da Atividade

Cidade:

Local:

Atividade (Viagem/Curso/Reunião/Treinamento...):

Detalhamento dos Horários da atividade

Data	De	Até	De	Até	De	Até
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___

Observações:

Colaborador

Assinatura do funcionário:

Data assinatura: ____/____/____ _____

Supervisor

Obs.:

_____ _____

_____
Assinatura Supervisor
____/____/____

Sistema

Ação tomada no Chronus:

Ação tomada no Labore:

_____
Responsável pelo Cadastro
___/___/____

_____
Responsável dos Recursos Humanos
___/___/____

Centro Tecnológico Frederico Jorge Logemann - CFJL
Faculdade Horizontina - FAHOR

FAHOR
Para alçar voos mais altos

Solicitação de troca de horário

Nome: **( ) CFJL ( ) FAHOR**

Período de ocorrência da Atividade

De ___h___min do dia ___/___/___ até ___h___min do dia ___/___/___

Especificações da Atividade

Cidade:

Local:

Atividade (Viagem/Curso/Reunião/Treinamento...):

Detalhamento dos Horários da atividade

Data	De	Até	De	Até	De	Até
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
___/___/___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___

Observações:

Colaborador

Assinatura do funcionário:

Data assinatura: ____/____/____ _____

Supervisor

Obs.:

_____ _____

_____
Assinatura Supervisor
____/____/____

Sistema

Ação tomada no Chronus:

Ação tomada no Labore:

_____
Responsável pelo Cadastro
___/___/____

_____
Responsável dos Recursos Humanos
___/___/____