

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE CAMPO MOURÃO
SETOR DE RECURSOS HUMANOS



TERMO DE AJUSTE

(O preenchimento e verificação de aulas disponíveis é de responsabilidade do Professor(a))

PROFESSOR: _____

RG: _____ DISCIPLINA: _____

Para preenchimento das aulas que serão CANCELADAS:

COLÉGIO	TURMA	CH	TURNO

Para preenchimento das aulas que serão SUPRIDAS:

COLÉGIO	TURMA	CH	TURNO

Declaro para os devidos fins que as informações acima são verdadeiras e me responsabilizo por qualquer erro constatado futuramente sobre estas informações.

_____, de _____ de 20____.

Assinatura do Servidor

Diretor(a), favor assinar e carimbar o verso deste documento para ciência.

Carimbo e assinatura diretor(a)

Carimbo da instituição de ensino

Carimbo e assinatura diretor(a)

Carimbo da instituição de ensino

Carimbo e assinatura diretor(a)

Carimbo da instituição de ensino

Carimbo e assinatura diretor(a)

Carimbo da instituição de ensino

Carimbo e assinatura diretor(a)

Carimbo da instituição de ensino