**Solicitação de Passagem Aérea Nacional para Professor visitante**

|  |
| --- |
| Nome completo do(a) professor(a): |
| Data de Nascimento: Sexo: Nº USP: |
| Nome da mãe: |
| E-mail: |
| Nome do evento: |
| Período do evento: |
| Itinerários / datas de ida e volta / horários aproximados: |
| Justificativa acadêmica: |
| Verba a ser onerada: |

 São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Professor Responsável

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Carimbo e Assinatura do Chefe do Departamento