



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
DIVISÃO DE ADMISSÃO E CONTRATAÇÃO
Av. Amazonas, 5253 – Bairro Nova Suíça – Belo Horizonte – MG
FONE: (31) 3319-7051

Do: _____ do Campus _____.

À DEPT/DIRGRAD

Senhor(a) Diretor(a),

Solicito dar ciência no formulário de rescisão final do(a) professor(a) substituto(a) _____ da área ou curso _____.

Atenciosamente,

FORMULÁRIO DE RESCISÃO FINAL POR PARTE DO CEFET/MG

Prezado(a) professor(a) _____ informamos que seu contrato de professor(a) substituto(a), será rescindido em ____/____/____.

_____, ____ de _____ de _____.

Parecer da DEPT/DIRGRAD:

Ciente e de acordo em ____/____/____

À DIAC

Senhor(a) Servidor(a),
Encaminho o termo para providências finais junto a CAP.

Assinantes:

Chefe do Departamento de Lotação:

Professor(a) Substituto(a):

Diretor(a) de Educação Profissional e Tecnológica:

Diretor(a) de Graduação: