**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE SALA NO EFI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Professor:** | **SIAPE**: |
| **Motivo da alteração**: | **Sala atual:** |
| **Horário da aula que deseja alterar:** | **Código da disciplina:** | **Turma:****Quant. de alunos:** |
| **Telefones/Ramal**: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ e/ou (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **E-mail**: |

Obs.: A solicitação será analisada e, caso possível, a alteração será confirmada via e-mail, com cópia ao Centro de Ensino ao qual a disciplina pertence.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do solicitante