Declaro que o(s) professor(es) abaixo assinado(s) concorda(m) com a cedência de suas aulas para a realização da Visita Técnica.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Professor(a) cedente do horário de aula** | **Horário da aula** | **Assinatura** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Obs.: A compensação dos horários cedidos pelo(s) professor(es) que não participa(m) da visita técnica deve ser realizada em comum acordo com o(s) professor(es) requerente(s) do(s) horário(s) de aula(s).

Viamão, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

Requerente 1 Requerente 2