**AUTORIZAÇÃO PARA LECIONAR**

Eu, Diretor (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do CEFOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para devidos fins, que na absoluta falta de professor (a) habilitado (a), esta Instituição de Ensino necessita adicionar ao quadro docente o(a) profissional abaixo identificado (a), para atuar no Curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Turma Instalada em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para ministrar a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro para os devidos fins que a documentação pertinente ao pedido de autorização está correta e ficará devidamente arquivada na escola.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Local** | **Data** | **Carimbo e Assinatura do Diretor de Escola** |
|  |  |  |
|  |
| **Nome do Professor** | **RG** |
|  |  |
|  |
| **Curso de Bacharelado** | **Data do Bacharelado** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Habilitação Profissional / Qualificação Profissional/ Outros** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Componente Curricular a ser ministrado** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Carimbo e assinatura do Supervisor de Ensino |  |   Carimbo e assinatura do Dirigente de Ensino |
| São Paulo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | São Paulo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |