

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**

**Campus Santa Luzia  
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão  
Docência Eixo Tecnologias- TEC 1 (Técnicas, Tecnologias, Representações técnicas)**

**Campus Santa Luzia Rua Érico Veríssimo, 317 - Bairro Londrina - CEP 33115-390 - Santa Luzia - MG**

**3136343910 - www.ifmg.edu.br**

**CADASTRO DE VISITAS TÉCNICAS**

|  |  |
| --- | --- |
| SERVIDOR(ES) PROPONENTE(S) DA VISITA TÉCNICA - (NOME E TELEFONE) | |
| SERVIDOR(ES) ENVOLVIDOS COM A REALIZAÇÃO DA VISITA TÉCNICA - (NOME E TELEFONE) | |
| DATA E HORÁRIO PREVISTOS PARA A SAÍDA E RETORNO DA(S) VISITA(S) TÉCNICA  DATA:  Hora de início da Visita:  LOCAL DE SAÍDA:  LOCAL DO RETORNO:  BREVE DESCRIÇÃO DO TRAJETO CASO HAJA PARADAS PROGRAMADAS:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| NOME DO LOCAL OU INSTITUIÇÃO VISITADA: | |
| REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO VISITADA (NOME E TELEFONE): | |
| ENDEREÇO DO LOCAL DA VISITA TÉCNICA: | |
| OBJETIVO DA VISITA TÉCNICA: | |
| CURSO(S), TURMA(S) E/OU ESTUDANTE(S) ENVOLVIDO(S): | |
| QUANTIDADE DE ESTUDANTES ENVOLVIDOS | QUANTIDADE DE SERVIDORES ENVOLVIDOS |

|  |
| --- |
| HÁ NECESSIDADE DE ACORDO COM OUTROS PROFESSORES?  ( ) não ( ) sim |
| Preencha os itens a seguir, quando houver impacto no horário de outras disciplinas e que a mudança já tenha sido acordada com os professores.   |  |  | | --- | --- | | Disciplina | Nome do professor | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |

|  |
| --- |
| HÁ NECESSIDADE DE TRANSPORTE? ( ) não ( ) sim |
| Preencha os itens a seguir somente se houver necessidade de transporte:  Tipo de transporte solicitado: ( ) ônibus ( ) Van ( ) Veículo institucional (cinco lugares)  Previsão do número de pessoas a transportar:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudantes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ servidores  Total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pessoas.    Quilometragem total prevista (ida e volta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Km do local de saída/retorno |

|  |
| --- |
| HÁ NECESSIDADE DE RECURSO FINANCEIRO PARA OS ESTUDANTES?  ( ) não ( ) sim |
| Preencha os itens a seguir somente se houver necessidade de recurso financeiro para os estudantes:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ESPECIFICAÇÃO** | **TETO MÁXIMO (R$)** | **VALOR UNITÁRIO PREVISTO (R$)** | **QUANTIDADE (UN)** | **VALOR TOTAL (R$)** | | Café da Manhã | 5,00 |  |  |  | | Lanche | 10,00 |  |  |  | | Almoço | 15,00 |  |  |  | | Jantar | 15,00 |  |  |  | | Hospedagem | 70,00 |  |  |  | | **VALOR TOTAL DO RECURSO SOLICITADO:** | | | |  | |

**ATENÇÃO:** Antes da assinatura do formulário, clique e leia as orientações presentes no documento [VISITA TÉCNICA - ORIENTAÇÕES](https://docs.google.com/document/d/1pJT4HCNoB0A7ZUB69-CZck2Vl6o3Rs3F/edit)

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

Assinatura Proponente

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

Assinatura Coordenação do curso

caso envolva recursos financeiros