**ANEXO II-A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RELAÇÃO DE ALUNOS QUE PARTICIPARÃO DA VISITA TÉCNICA – SEM AJUDA DE CUSTO** | | | | | | | |
| Servidor(a) Responsável: | | | | | | | |
| Data/Horário de Saída: | | | Data/Horário de Retorno: | | | | |
| Empresa/Instituição da visita técnica: | | | | | | | |
| Cidade: | | | UF: | | | | |
| A viagem tem como objetivo principal a complementação didático-pedagógica de disciplinas teórico/práticas do curso ao qual o aluno está vinculado e facilitar a integração entre os discentes. | | | | | | | |
| **Nº** | **Nome do Discente (Se manuscrito letra de forma)** | **(DDD)/Telefone** | | **Turma** | **CPF** | **OBS** |  |
| 01 |  |  | |  |  |  |  |
| 02 |  |  | |  |  |  |  |
| 03 |  |  | |  |  |  |  |
| 04 |  |  | |  |  |  |  |
| 05 |  |  | |  |  |  |  |
| 06 |  |  | |  |  |  |  |
| 07 |  |  | |  |  |  |  |
| 08 |  |  | |  |  |  |  |
| 09 |  |  | |  |  |  |  |
| 10 |  |  | |  |  |  |  |
| 11 |  |  | |  |  |  |  |
| 12 |  |  | |  |  |  |  |
| 13 |  |  | |  |  |  |  |
| 14 |  |  | |  |  |  |  |
| 15 |  |  | |  |  |  |  |
| 16 |  |  | |  |  |  |  |
| **Nº** | **Nome do Discente (Se manuscrito letra de forma)** | **(DDD)/Telefone** | | **Turma** | **CPF** | **Conta** |  |
| 17 |  |  | |  |  |  |  |
| 18 |  |  | |  |  |  |  |
| 19 |  |  | |  |  |  |  |
| 20 |  |  | |  |  |  |  |
| 21 |  |  | |  |  |  |  |
| 22 |  |  | |  |  |  |  |
| 23 |  |  | |  |  |  |  |
| 24 |  |  | |  |  |  |  |
| 25 |  |  | |  |  |  |  |
| 26 |  |  | |  |  |  |  |
| 27 |  |  | |  |  |  |  |
| 28 |  |  | |  |  |  |  |
| 29 |  |  | |  |  |  |  |
| 30 |  |  | |  |  |  |  |
| 31 |  |  | |  |  |  |  |
| 32 |  |  | |  |  |  |  |
| 33 |  |  | |  |  |  |  |
| 34 |  |  | |  |  |  |  |
| 35 |  |  | |  |  |  |  |
| 36 |  |  | |  |  |  |  |
| 37 |  |  | |  |  |  |  |
| 38 |  |  | |  |  |  |  |
| 39 |  |  | |  |  |  |  |
| 40 |  |  | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE QUESTÕES DE SAÚDE** | | | | |
| **Nº** | **Nome do Discente (por extenso)** | **Alergia** | **Medicamento de uso contínuo** | **Necessidade especial** |
| 01 |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) Servidor(a) Responsável**