



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Vice-reitoria / COPAD

Cancelamento de Contrato/Devolução de Vaga

Dados da Vaga/Contrato

Centro:

Unidade:

Período Letivo:

Nome Substituto:

CPF:

Solicitamos o desligamento do professor substituto acima indicado, a contar de ____/____/____ por:

Cancelamento do Contrato

Devolução de Vaga

Em função de:

Declaro estar ciente e de acordo com o cancelamento do meu contrato,

Assinatura do Professor Substituto

Direção da Unidade