



Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Superintendência de Gestão de Pessoas



Rescisão de Contrato / Devolução de Vaga

**Dados da Vaga / Contrato**

<b>Centro:</b>	<b>Unidade:</b>	<b>Período Letivo:</b>
----------------	-----------------	------------------------

<b>Nome Substituto:</b>	<b>CPF:</b>
-------------------------	-------------

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

Rescisão de Contrato

Devolução de Vaga

Em função de:

---

---

---

---

---

Declaro estar ciente e de acordo com a rescisão do meu contrato, informando que o último dia trabalhado foi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

---

**Assinatura do Professor Substituto**

---

**Direção da Unidade**

Na impossibilidade de assinatura por parte do Professor Substituto:

---

Testemunha 1

Testemunha 2