



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS
CAMPUS POÇOS DE CALDAS**

AUTORIZAÇÃO DE CHAVES

DADOS DO SERVIDOR SOLICITANTE

Nome:		SIAPE:
Função:	Setor:	

DADOS PARA A ENTREGA/RETIRADA DA(S) CHAVE(S)

Nome:		RG:
Telefone:	Celular: () _____ / _____	Residencial: () _____ / _____
Período de validade: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____		
Título do projeto ao qual está vinculado (no caso de bolsista ou aluno voluntário):		
Chaves (setores):		

Observações:

Local e data:	
Assinatura e carimbo do servidor solicitante:	Ciência da chefia imediata:
_____	_____
	Assinatura e carimbo