CI UENF/PGBB Nº /2017 Campos dos Goytacazes de 2017

**De: Prof. Arnoldo Rocha Façanha/Coordenador da PGBB**

**Para: Setor de Convênios/UENF**

Prezado Senhor,

Submeto à apreciação de V.Sª o pedido de **CONCESSÃO DE HOSPEDAGEM** conforme abaixo discriminado.

**DADOS DO USUÁRIO**

Nome Completo:

RG: CPF: Telefone:

E-mail:

Nome Completo:

RG: CPF: Telefone:

E-mail:

Nome Completo:

RG: CPF: Telefone:

E-mail:

**FUNCIONÁRIO DA UNIDADE/ÓRGÃO PARA CONTATO (Dados do Orientador/Solicitante)**

Nome Completo:

E-mail:

Setor: Telefone:

**SOLICITAÇÕES** (Marque a solicitação com um “X”)

**TIPO DE HOSPEDAGEM:** **TIPO DE QUARTO:**

( ) **PENSÃO COMPLETA** (café da manhã, almoço e jantar)( ) SINGLE

( ) **MEIA PENSÃO** (café da manhã) ( ) DUPLO ( ) TRIPLO

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**:

**FONTE DE RECURSO:**

 FONTE 00

 CONVÊNIO NOME: FONTE DETALHADA:

**PROCEDIMENTOS IMPORTANTES:**

\*Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

\*Encaminhar o formulário com **até 15 dias úteis** antes do início da hospedagem.

\*Em caso de **cancelamento**, comunicar à GCOM com no **máximo** **02 dias de antecedência**, sob pena de a reserva ser cobrada, mesmo sem utilização.

\*O pedido de cancelamento deve ter justificativa e **anuência prévia** do ordenador de despesa (autoridade competente).

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

ASSINATURA DO COORDENADOR DO PROGRAMA

**USO EXCLUSIVO DO ORDENADOR DE DESPESA**

( ) **AUTORIZADO**

( ) **NÃO AUTORIZADO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DA AUTORIDADE COMPETENTE**