

Nome							DESPACHO				
Categoria											
Local											
Período de	DD	MM	AAAA	a	DD	MM	AAAA	Data	DD	MM	AAAA

Unidade orgânica			Centro de custos		
------------------	--	--	------------------	--	--

Projeto				Elemento PEP		
---------	--	--	--	--------------	--	--

Justificação da deslocação						
----------------------------	--	--	--	--	--	--

Encargos estimados	Transporte:	€	BI	NE	A pagar pelo projeto	€
	Inscrição na conferência / seminário:	€			Adiantamento solicitado	
	TOTAL:	€				

Pretendo que as despesas sejam: 1) reembolsadas através de boletim itinerário / compensação; 2) realizadas através da emissão de nota de encomenda.

Deslocação em	Transporte Coletivo de Serviço Público	Automóvel próprio
<input type="checkbox"/> Veículo da instituição <input type="checkbox"/> Automóvel de Aluguer <input type="checkbox"/> Avião	<input type="checkbox"/> Comboio <input type="checkbox"/> Autocarro <input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Por conveniência de Serviço <input type="checkbox"/> Por incompatibilidade com transportes coletivos <input type="checkbox"/> Por interesse do funcionário <input type="checkbox"/> Por indisponibilidade do veículo da instituição

Fundamentação da escolha do meio de transporte						
--	--	--	--	--	--	--

Data	DD	MM	AAAA	O interessado, _____
Declaro ter conhecimento de que a regularização será efetuada após a apresentação do boletim itinerário/boletim de compensação de despesas de deslocação acompanhado dos respetivos documentos de suporte				

DECLARAÇÃO DE SALDO DISPONÍVEL (A preencher no caso de Projetos I&D)

Saldo disponível na rubrica	€	Cargo			
Encargos com a deslocação	€	O funcionário,			
Saldo que transita	€	Data	DD	MM	AAAA

PARECER DO RESPONSÁVEL CIENTÍFICO / COORDENADOR DO PROJETO			
O responsável, _____			
<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo			
Data	DD	MM	AAAA

PARECER DO GRIM			
O responsável, _____			
<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo			
Data	DD	MM	AAAA

SERVIÇO DOCENTE ASSEGURADO POR:
<input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Compensação <input type="checkbox"/> Substituição por:

PARECER DO DEPARTAMENTO			
O responsável, _____			
<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo			
Data	DD	MM	AAAA

PARECER DO CONSELHO CIENTÍFICO OU TÉCNICO CIENTIFICO			
O responsável, _____			
<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo			
Data	DD	MM	AAAA

PARECER DA UNIDADE ORGÂNICA			
O responsável, _____			
<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo			
Data	DD	MM	AAAA