MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul Campus Porto Alegre

Anexo II

**CONTROLE DE ATIVIDADE DE VEÍCULO OFICIAL**

Solicitante: Nome do(a) Condutor(a): Celular de Contato:

Data da Solicitação: / /

Finalidade:

Nº de Passageiros(as):

Nome dos(as) Passageiros(as) : 1- 2- 3- 4- Destino:

Ciente da Chefia Imediata Data: / /

Condutor (a): Preencha este formulário e entregue no Setor de Transporte assim que retornar ao Campus POA.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Data | Horário | Km Odômetro |
| SAÍDA |  |  |  |
| RETORNO |  |  |  |
| total |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Combustível | Reserva | ¼ | ½ | ¾ | Cheio |
|  |  |  |  |  |

Assinatura do (a) condutor (a) Visto da Coordenadoria de Transportes:

Data: / /

COORDENADORIA DE TRANSPORTE

(51) 39306073 / e-mail: [transporte@poa.ifrs.edu.br](mailto:transporte@poa.ifrs.edu.br) Cel. Vicente, 281 – Centro – Porto Alegre – RS.

[www.poa.ifrs.edu.br](http://www.poa.ifrs.edu.br/)