

REQUERIMENTO

Nome: Matrícula SIAPE:
 Cargo: Órgão de exercício:
 Campus: Setor de exercício:
 E-mail: Telefone para contato:

Dados do Afastamento

Nome da ação de desenvolvimento	Carga horária	Instituição	Local	Modalidade	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Início <input type="text"/> Fim <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Início <input type="text"/> Fim <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Início <input type="text"/> Fim <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Início <input type="text"/> Fim <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Início <input type="text"/> Fim <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Início <input type="text"/> Fim <input type="text"/>
Total de dias solicitados:				<input type="text"/>	Carga horária total: <input type="text"/>

Período de Licença: De a (mínimo de 15 dias e máximo de 90 dias);

Descreva o alinhamento da(s) ação(ões) de desenvolvimento com as competências relativas ao seu órgão de exercício ou de lotação, à sua carreira ou cargo efetivo e à sua função de chefia (se for o caso):

Vem requerer LICENÇA PARA CAPACITAÇÃO.

Considerando que meu afastamento será superior a trinta dias consecutivos, solicito a exoneração do cargo em comissão ou dispensa de função de confiança (conforme exigido no Art. 18 § 1º do Decreto nº 9.991/2019).

Declaro que o horário ou local da(s) ação(ões) de desenvolvimento inviabilizará o cumprimento de minha jornada semanal de trabalho.

Em ___ / ___ / ___

Assinatura do requerente

Parecer CIS OU CPPD:

Em ___ / ___ / ___

Assinatura

Parecer da chefia imediata informando a relevância da ação de desenvolvimento para a instituição:

Em ____/____/____

Assinatura

Parecer da CGP:

- O(a) servidor(a) possui o requisito legal para concessão da licença capacitação;
 Há relevância da ação de desenvolvimento para a instituição.

Em ____/____/____

Assinatura

Parecer da direção da unidade ou dirigente máximo da instituição:

Em ____/____/____

Assinatura