**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO EM EVENTO INTERNO DE CAPACITAÇÃO MODALIDADE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (EaD)**

**Nº.\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** | | | | | |
| **NOME:** | | | | | |
| **ADMISSÃO EM:** **/****/** | **SIAPE Nº:**  Função de Gratificação/Cargo de Direção | | | | **FG OU CD:** |
| **CARGO:** | | **LOTAÇÃO:** | | | |
| **NÍVEL:** Escolher um item. | | **CLASSE: Escolher um item.** | | | |
| **NÍVEL DE ESCOLARIDADE:**  Fundamental  Médio  Superior  Especialização  Mestrado Doutorado | | | | | |
| **ÁREA DE FORMAÇÃO:** | | | | | |
| **E-MAIL:** | | | | **TELEFONE:** | |
| **PCD?**  sim  não | | | | | |
| **Necessita de atendimento diferenciado?**  sim  não | | | **Qual?** | | |
| **JÁ PARTICIPEI DE OUTRO CURSO A DISTÂNCIA PELO CED**  Sim Não | | | | | |
| **CURSO:** | | | | **PERÍODO:**  **HORÁRIO:** | |
| Em sua opinião, como a ação de capacitação, objeto desta inscrição, contribuirá nas suas atividades: | | | | | |
| Descreva, de forma resumida, as atividades que você desenvolve em seu setor de trabalho: | | | | | |
| **NOME COMPLETO DA CHEFIA IMEDIATA:** | | | | | |
| **E-MAIL DA CHEFIA IMEDIATA:** | | | | | |
| Declaro para fins de participação: 1) não estar em gozo de férias ou de qualquer das licenças previstas nos art. 81, art. 83 ao art. 86, art. 91 ao art. 92, art. 202, art. 207, art. 208, art. 210, art. 211, da Lei 8.112/90, na data de início deste curso, 2) não possuir pendências junto a Biblioteca Central, 3) estar ciente de que, para fins de certificação, deverei ter frequência mínima de 75% neste curso. Em caso de desistência sem apresentação de justificativa formalizada em formulário próprio, ficarei sem participar de outra ação de capacitação no mesmo exercício, salvo apresentação de justificativa à CTD, que irá analisar e se manifestar a respeito.  .  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_. Local e data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do Servidor (a) | | | | | |
| Concordo com as informações apresentadas neste formulário e autorizo a participação do servidor na atividade acima.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato | | | | | |
| **Parecer da CTD/DDP/PROGESP**  Deferido  Indeferido  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_.  Coordenador (a) da CTD Local e data | | | | | |

**FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS PERMITIDOS DESTE FORMULÁRIO ELETRONICAMENTMENTE**