



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Gabinete do Reitor
Rua Gen. Osório, 348 – Centro – Bento Gonçalves/RS – CEP 95.700-086
Telefone: (54) 3449.3300 – www.ifrs.edu.br – E-mail: dgp@ifrs.edu.br

ANEXO V
Formulário de Solicitação para Participação em Evento de Capacitação

Data Solicitação:	Unidade:
Nome:	Setor/Área de Atuação:
Cargo:	Função:
Carga horária da capacitação:	Período do Evento:
Nome do Evento:	
Local do Evento (se a distância informar "EAD"):	
Entidade Promotora:	
E-mail da Entidade Promotora (quando houver pagamento de inscrição):	
CNPJ da Entidade Promotora (quando houver pagamento de inscrição):	
Forma de Transporte: () Rodoviário () Aéreo () Veículo Oficial () Próprio () Não se aplica (Ead)	
Justificativa para participação:	

Investimento

Inscrição (considerar valor final, sem descontos)	R\$
Valor do Transporte Rodoviário:	R\$
Valor do Transporte Aéreo:	R\$
Valor das diárias:	R\$
Total:	R\$

Termo de Compromisso

Através do presente, comprometo-me, em até 5 (cinco) dias a contar do final da capacitação identificada acima, apresentar à Gestão de Pessoas de minha unidade organizacional o Certificado de conclusão do curso ou outro documento que comprove minha participação no evento e demais documentos exigidos pela IN 08 de 8 de maio de 2017.

_____, _____ de _____ de _____.
(local e data)

Assinatura do Servidor
Siape nº _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Gabinete do Reitor

Rua Gen. Osório, 348 – Centro – Bento Gonçalves/RS – CEP 95.700-086
Telefone: (54) 3449.3300 – www.ifrs.edu.br – E-mail: dgp@ifrs.edu.br

Para preenchimento da Chefia Imediata

Capacitação deferida? () Sim () Não

Parecer com descrição do interesse institucional na realização da capacitação:

Capacitação prevista no Levantamento das Necessidades de Capacitação do ano corrente?

() Sim () Não

Se não, justifique:

_____, ____ de _____ de _____.
(local e data)

Assinatura do Chefe Imediato

Nome: _____

Portaria nº _____

Para preenchimento da Gestão de Pessoas:

Data do Recebimento do Pedido:

Parecer da Gestão de Pessoas:

Favorável?

() Sim () Não

Justificativa e/ou observações:

_____, ____ de _____ de _____.
(local e data)

Assinatura do Responsável pela Gestão de Pessoas

Nome: _____

Portaria nº _____