**ANEXO I**

**FORMULÁRIO AFASTAMENTO PARA QUALIFICAÇÃO**

**(TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS)**

1. **Dados Pessoais**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | Siape nº: |
| CPF: | Unidade de Lotação: |
| E-mail: | Telefone: |
| Cargo: | Setor: |
| Cargo em Comissão ou Função Gratificada: | |

1. **Requer**

|  |
| --- |
| ( ) 1º Afastamento |
| ( ) Prorrogação Afastamento |
| Informe o período do afastamento anterior: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Solicita Afastamento para o período de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Edital de Afastamento nº: |

1. **Solicita afastamento para:**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Estágio | ( ) Especialização |
| ( ) Mestrado | ( ) Doutorado |
| ( ) Pós-Doutorado | |

1. **Dados do Curso Pretendido**

|  |  |
| --- | --- |
| Instituição: |  |
| Nome do Curso: |  |
| Cidade/País: |  |
| Período do Curso: | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Custo Financeiro:**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Curso em Instituição Pública **com** bolsa | ( ) Curso em Instituição Particular **com** bolsa |
| ( ) Curso em Instituição Pública **sem** bolsa | ( ) Curso em Instituição Particular **sem** bolsa |

1. **Observações: (se necessário)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Justificativa do Pedido:**

Através de um Memorial Descritivo que deverá ser anexado no processo de solicitação de afastamento, contendo obrigatoriamente:

1. Motivações:
2. Contribuição do curso para a Instituição;
3. A existência de correlação e o pré-projeto/plano de trabalho e os grupos de pesquisa dos Campus (somente para os casos de mestrado, doutorado e pós-doutorado);
4. Justificativa para o afastamento e para a participação não possa ocorrer simultaneamente com o exercício do cargo, Liberação de Horário para Servidor TAE estudante ou mediante compensação de horário ou liberação de carga horária.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Solicitante | Ciente e de acordo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da Representação Local da CIS  Nome: | Ciente e de acordo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do Diretor-geral | Ciente e de acordo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |