**ANEXO II
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA BOLSA DE ESTUDO**

|  |
| --- |
| **I – INFORMAÇÕES PESSOAIS** |
| 1. Nome completo:
 |
| 1. Contato Telefone (Celular/ramal):
 |
| 1. E-mail:
 | 1. Data Nascimento:
 |
| 1. Escolaridade:
 |
|  |
| **II – INFORMAÇÕES FUNCIONAIS** |
| 1. SIAPE:
 | 1. Regime de Trabalho (DE ou horas):
 |
| 1. Cargo:
 |
| 1. Lotação:
 | 1. Exercício:
 |
| 1. Encontra-se em licença para tratamento da própria saúde ou de pessoa da família:

 ( ) Sim ( ) Não |
| 1. Setor de Atuação ou Área de Docência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Descrição das atividades desenvolvidas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Possui titulação igual ou superior a pretendida? ( ) Sim ( ) Não
2. Descreva a atual formação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Está afastado para estudos? ( ) Sim ( ) Não
4. Está em licença para tratar de assuntos particulares? ( ) Sim ( ) Não
 |
|  |
| **III – REQUER BOLSA DE ESTUDOS PARA:**  |
| ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado |
| 1. Nome do curso:
 |
| 1. Nome da instituição de ensino:
 |
| 1. Semestre:
 |
| 1. Data de início do curso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Previsão de término do curso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
 |
| 1. O horário de aula é compatível com o horário de trabalho? ( ) SIM ( ) NÃO
 |
|  |
| **V – CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA:**  |
| Estou ciente em relação à realização do curso e da importância do mesmo para o desenvolvimento do servidor, tendo em vista a vinculação da área de qualificação com objetivos institucionais relacionados ao planejamento da Unidade/Órgão e ratifico as atividades desenvolvidas pelo servidor.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Chefia Imediata) |

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

 (Requerente)