**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA BOLSA DE ESTUDO - EDITAL Nº 01/2019**

|  |  |
| --- | --- |
| **I – INFORMAÇÕES PESSOAIS** | |
| 1. Nome completo: | |
| 2. Contato Telefone (Celular/ramal): | |
| 3. E-mail: | 4. Data Nascimento: |
|  | |
| **II – INFORMAÇÕES FUNCIONAIS** | |
| 1. SIAPE: | |
| 3. Cargo: | |
| 4. Lotação: | 5. Exercício: |
| 6. Data de Ingresso no IFRS: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | |
| 7. Está em licença para tratamento da própria saúde ou de pessoa da família? ( ) Sim ( ) Não  8. Está afastado para estudos? ( ) Sim ( ) Não  8.1. Em caso positivo, qual a data do início do afastamento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.  9. Está em licença para tratar de assuntos particulares? ( ) Sim ( ) Não  9.1. Em caso positivo, qual a data do início da licença? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. | |
| 10. Setor de Atuação ou Área de Docência:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  11. Descrição das atividades desenvolvidas:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  12. Possui titulação igual ou superior à pretendida? ( ) Sim ( ) Não  13. Formação/Titulação atual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **III – REQUER BOLSA DE ESTUDOS PARA:** | |
| ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado | |
| 1. Nome do curso: | |
| 2. Nome da instituição de ensino: | |
| 3. Data de início do curso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | |
| 4. Previsão ou término do curso: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |
|  | |
| **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)