

ESCOLA DE GOVERNANÇA EM GESTÃO PÚBLICA  
DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO E ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL (DDA)  
SEÇÃO DE ANÁLISE TÉCNICA (SANT)

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOIO A INICIATIVAS DE CAPACITAÇÃO  
CURSOS DE CURTA E MÉDIA DURAÇÃO**

<b>I – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR:</b>	
Nome:	
Telefones:	Email:
Identidade:	CPF:
Matrícula SIAPE:	Cargo:
Nível de Capacitação: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV	Nível de Classificação: ( ) A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E
Lotação:	Ramal:
Função de Confiança: ( ) Não ( ) Sim ▪ ( ) Cargo de Direção-CD ( ) Função Gratificada-FG ▪ Qual?	
<b>II – IDENTIFICAÇÃO DO CURSO:</b>	
Título do Curso:	
Instituição Organizadora:	
CNPJ:	Contato:
Período da Realização: Início: ___/___/___	Término: ___/___/___
<b>III – APOIO FINANCEIRO SOLICITADO:</b>	
Inscrição: ( ) Sim ( ) Não	Valor: R\$
Mensalidade: ( ) Sim ( ) Não	Valor por mês: R\$
Valor Total do Curso: R\$	
<b>IV – TERMO DE COMPROMISSO:</b>	
<p>Comprometo-me a participar do curso acima citado e, após seu término, apresentar à SANT/DDA o certificado de participação e o Relatório Avaliativo de Curso de Curta e Média Duração para o qual estou sendo autorizado a participar, no prazo <b>MÁXIMO de 5 dias após o término do evento.</b></p> <p>Declaro, ainda, conhecer e concordar que o não cumprimento total ou parcial do presente termo acarretará no <b>impedimento para novas solicitações de Capacitação, bem como ressarcimento imediato das despesas efetuadas pela UFF.</b></p>	
<hr/>	
Assinatura do Servidor Participante	

**V – RELEVÂNCIA PARA A INSTITUIÇÃO, DA CAPACITAÇÃO SOLICITADA:** (a ser preenchido pela chefia)

Em que este curso irá contribuir para a melhoria da qualidade das atividades desenvolvidas pelo servidor solicitante?

---

---

---

---

---

Que conhecimentos este curso tem a oferecer que serão relevantes ao desenvolvimento do trabalho do servidor solicitante?

---

---

---

---

---

Quais as atribuições do servidor se alinham com os objetivos de capacitação deste curso?

---

---

---

---

---

Contato da Chefia (ramal e email): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

***É imprescindível anexar a este formulário todos os documentos originais de divulgação do curso, constando inclusive a sua Programação, com as datas de início e término do mesmo. Ressaltamos que a chefia e o servidor se responsabilizarão integralmente pelas informações aqui prestadas. No caso do servidor desistir do curso solicitado, por motivo de saúde do servidor, cônjuge, companheiro ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional, condicionada à comprovação por junta médica oficial, de acordo com a LEI nº 8.112, deverá comunicar o fato formalmente via memorando à SANT/DDA, com justificativa e laudo da perícia, para que seja providenciada a suspensão do pagamento. A não comunicação de sua desistência à SANT/DDA implicará na devolução dos valores recebidos indevidamente e no impedimento de participar de qualquer ação de capacitação nos 24 (vinte e quatro) meses seguintes.***