



DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR		
Nome:		
Cargo:		Mat. SIAPE:
CPF:	Admissão:	Lotação:
Regime de Trabalho: () 20h () 30h () 40h () DE		Telefone:
Vínculo: () Docente () Técnico-administrativo		E-mail:
DADOS DA LICENÇA PARA CAPACITAÇÃO		
Nome do Curso:		
Período(s) ou Parcela(s) da Licença: ____/____/____ a ____/____/____ Total de dias: ____ ____/____/____ a ____/____/____ Total de dias: ____ ____/____/____ a ____/____/____ Total de dias: ____ ____/____/____ a ____/____/____ Total de dias: ____ ____/____/____ a ____/____/____ Total de dias: ____ ____/____/____ a ____/____/____ Total de dias: ____ Obs: É permitido o máximo de 06 parcelas, sendo o mínimo de 15 dias por período e um interstício de 60 dias entre esses períodos.		Nível do Curso: () Capacitação () Aperfeiçoamento () Especialização () Mestrado () Doutorado () Doutorado-Sanduiche () Pós-Doutorado
Nome da instituição promotora:		
Local:	Cidade/Estado:	Carga Horária:
OBJETIVOS DA CAPACITAÇÃO		
(Demonstrar de forma detalhada a pertinência da Ação de Capacitação, especialmente quanto à contribuição para o desenvolvimento de competências profissionais na unidade de exercício do servidor na UFAPE.)		



Ministério da Educação
Universidade Federal do Agreste de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

PREVISÃO DE CUSTOS DA LICENÇA

() **ÔNUS LIMITADO** (apenas **manutenção dos vencimentos e vantagens** do cargo)
() **COM ÔNUS** (caso exista **outras despesas** além da manutenção da remuneração):
Órgão Financiador: () UFAP () CAPES () CNPQ () Outro (especificar): _____
Concessão: () Bolsa de Estudo () Passagem () Diárias () Ajuda de Custo () Inscrição/Mensalidade
Em caso de custos para a UFAP com o afastamento, informar o valor previsto: R\$ _____
Em caso de pagamento de diárias/passagens pela UFAP, informar o valor previsto: R\$ _____

DO PEDIDO E DA ASSINATURA

Venho requerer a esta Pró-Reitoria, com base no Art. 87 da Lei nº 8.112/90, a **Licença para Capacitação**,
ciente de que as informações aqui prestadas, sob as penas da Lei, são verdadeiras.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Servidor

Assinatura da Chefia Imediata / Dirigente da Unidade