

**SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO PARA CAPACITAÇÃO - DOCENTE**  
Integral ( )                      Parcial ( )

Eu \_\_\_\_\_

RG n°: \_\_\_\_\_, Regime de Trabalho: \_\_\_\_\_

Lotado(a) no Centro de Área: \_\_\_\_\_

Colegiado: \_\_\_\_\_

do *Campus*: \_\_\_\_\_

Integrante da Carreira Docente, na Classe de Professor \_\_\_\_\_ Nível \_\_\_\_\_

Venho requerer Afastamento para Capacitação, no período de:

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

**Parecer do Colegiado de Curso** (considerando a correta documentação entregue):

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Chefe do Colegiado

**Parecer do Centro de Área** (considerando a correta documentação entregue):

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor(a) de Centro

## FORMULÁRIO II: PLANO DE ATIVIDADES

1. DOCENTE AFASTADO: \_\_\_\_\_

2. NOME DO ORIENTADOR: \_\_\_\_\_

3. NOME DO COORDENADOR (PARA MESTRADO OU DOUTORADO):  
\_\_\_\_\_

4. MODALIDADE: Mestrado ( )    Doutorado ( )

5. INÍCIO DO CURSO: \_\_\_\_\_

6. PRAZO PARA INTEGRALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

7. ÁREA: \_\_\_\_\_

8. INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

9. COMPROVANTE DE MATRÍCULA OU TERMO DE ACEITE NO CURSO:  
(anexar ao plano de atividades).

10. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:  
(descrever o planejamento de todas as atividades que serão realizadas durante o período de capacitação).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

TRAMITAÇÃO: Requerente → Colegiado do Curso → Direção do Centro → DRH/*Campus* → PROGESP/DRH →

\*O DRH/*campus* de origem deve fazer informação se o processo está devidamente instruído e anexar o dossiê funcional.

\* A PROGESP/DRH deve analisar o processo e em caso de autorização do afastamento para Capacitação e expedir portaria.

Documentos a serem encaminhados acompanhado deste formulário: a) Termo de Compromisso assinado pelo Docente.