

REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO PARCIAL PARA CURSO DE CAPACITAÇÃO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula Siape:

CPF:

Data de Efetivo Exercício:

Unidade:

Cargo:

Ocupa Cargo em Comissão/FG? Sim Não

1.2 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO(A) SERVIDOR(A):

E-mail:

2 - REQUERIMENTO:

Venho pelo presente requerer o **Afastamento Parcial para Curso de Capacitação**, previsto no Art. 96-A da Lei nº 8.112/90, regulamentado pelo Decreto nº 9.991/2019 e de acordo com o entendimento da Nota Técnica SEI nº 6197/2015 - para realização do curso de:

- Mestrado, de até 02 (dois) anos.
- Doutorado, de até 04 (quatro) anos.
- Pós-doutorado, de até 01(um) ano.

Início: ____ / ____ / ____ Término: ____ / ____ / ____.

Anexo ao presente toda a documentação necessária conforme orientação do Manual do Servidor.

Nestes termos, peço-lhe deferimento.

_____, _____

Assinatura do(a) Servidor(a)

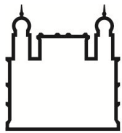
De acordo.

Assinatura e carimbo da chefia imediata.

Recebido em: ____ / ____ / ____.

Assinatura e carimbo da Direção/Coordenação da Unidade.

Assinatura e carimbo da área de RH.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

PROPOSTA DE HORÁRIO DE TRABALHO COM AFASTAMENTO PARCIAL PARA CURSO DE CAPACITAÇÃO

1-IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula: CPF: Data de Efetivo Exercício:

Unidade: Cargo:

2 - PROPOSTA:

HORÁRIO DE TRABALHO (sem afastamento)

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	
Manhã	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	
Tarde	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	
Noite	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	Total de horas (semanal):
Total de horas (diário):	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH SEMANAL:

HORÁRIO DE TRABALHO PROPOSTO (com afastamento)

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	
Manhã	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	
Tarde	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	
Noite	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	__ : __ às __ : __	Total de horas (semanal):
Total de horas (diário):	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH SEMANAL:

Assinatura do(a) Servidor(a)

De acordo.

Assinatura e carimbo da chefia imediata.

Assinatura e carimbo da Direção/Coordenação da Unidade.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1. CH total diária: preencher com a soma da carga horária do DIA da semana;
2. CH semanal: soma da carga horária total DA SEMANA;
3. Deverá ser respeitado o limite máximo de 2h excedentes por jornada diária de trabalho;
4. Deverá haver previsão de intervalo.