

### REQUERIMENTO DE AÇÃO DE CAPACITAÇÃO

Diretoria/Coordenação da área solicitante	
Nome do Diretor/Coordenador	
Campus/Unidade	

Nome da ação de capacitação pretendida					
Período de realização	Início em: ___/___/___, às ___:___ horas		Término em: ___/___/___, às ___:___ horas		
Tipo de Curso (Seminário, Congresso, etc)		Total de horas		Número de servidores capacitados	
Necessidade de diárias:	( )	SIM	Apresentar formulário de solicitação de diárias	( )	Não
Meio(s) Transporte		Aéreo	Valor total da passagem de ida e volta (por servidor)		Veículo Próprio
		Terrestre/ Reembolso	Valor total da passagem de ida e volta (por servidor)		Veículo Oficial

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO	

DESCRIÇÃO DA APLICAÇÃO NO LOCAL DE TRABALHO	

APERFEIÇOAMENTO (Marque a opção que caracteriza a ação de capacitação)			
<input type="checkbox"/>	Autoformação	<input type="checkbox"/>	Grupo formal de estudo
<input type="checkbox"/>	Oficina de trabalho/workshop	<input type="checkbox"/>	Palestra, seminário, congresso, conferência, fórum, encontro, outros similares
<input type="checkbox"/>	Visita técnica	<input type="checkbox"/>	Curso
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Intercâmbio
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Treinamento em serviço

EDUCAÇÃO FORMAL (Marque a opção que caracteriza a ação de capacitação)			
<input type="checkbox"/>	Ensino Fundamental	<input type="checkbox"/>	Ensino Médio
<input type="checkbox"/>	Graduação	<input type="checkbox"/>	Especialização
<input type="checkbox"/>	Doutorado	<input type="checkbox"/>	Pós-doutorado
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tecnológico
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mestrado

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELO CURSO			
(Preencha com o nome da instituição e marque a opção que caracteriza a instituição responsável pela ação de capacitação)			
Instituição			
CNPJ		Cidade de realização do curso	Estado

Instituição Pública - próprio órgão	Instituição Pública - outros	Escola de Governo
Instituição Privada	Instituição Estrangeira Pública	Instituição Estrangeira Privada

**ÁREA TEMÁTICA** (Marque até 5 opções que representem as áreas temáticas da ação de capacitação)

Agricultura, Extrativismo e Pesca	Educação	Meio Ambiente
Auditoria	Ética	Pessoa, Família e Sociedade
Ciência e Tecnologia	Gestão da Informação	Planejamento e Administração
Comunicação	Gestão de Pessoas	Relações Internacionais
Defesa e Segurança	Habitação, Saneamento, Urbanismo e Trânsito	Saúde
Desenvolvimento Gerencial	Indústria, Comércio e Serviços	Trabalho
Desenvolvimento Regional	Informática - aplicativos e sistemas internos	Transportes
Direito e Justiça	Informática - programação e TI	Turismo, Cultura, Lazer e Esporte
Economia, Orçamento e Finanças	Informática - sistemas informatizados do Governo Federal	Formação inicial para novos servidores
Logística	Promoção funcional	Outros:

**DESCRIÇÃO DA FINALIDADE DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção)

Ambientação/Introdutório/Formação	Comportamental	Estratégico
Gerencial	Técnico ou Operacional	

**MODALIDADE DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção)

À distância	Presencial	Semi-presencial
-------------	------------	-----------------

**LOCAL DE REALIZAÇÃO DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção)

Na cidade de trabalho do servidor	Em outra cidade do Brasil	Em outro país
-----------------------------------	---------------------------	---------------

**ABRANGÊNCIA DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção)

Turma só para servidores do órgão (ou junto com parceiro)	Inscrição de servidor(es) em evento aberto
---	--

**TIPO DE INSTITUTOR** (Marque 1 opção)

Servidor público	Contratado
------------------	------------

**AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO**

Deferido	Indeferido	Data: ____/____/____	Assinatura Diretor de Departamento
Deferido	Indeferido	Data: ____/____/____	Assinatura do Diretor/DAP
Deferido	Indeferido	Data: ____/____/____	Assinatura do Diretor Geral

**PARECER DO SETOR DE CAPACITAÇÃO DA UNIDADE**

(Não serão aceitas solicitações sem o Parecer do Setor de Capacitação)

DEFERIDO	INDEFERIDO	Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do Responsável pelo Setor de Capacitação
----------	------------	----------------------	---

LISTA DE SERVIDORES CAPACITADOS

1	Servidor					
	SIAPE: <input type="text"/> Campus/Unidade <input type="text"/> Setor de Lotação: <input type="text"/>					
	Exerce Cargo de Direção / Chefia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
2	Servidor					
	SIAPE: <input type="text"/> Campus/Unidade <input type="text"/> Setor de Lotação: <input type="text"/>					
	Exerce Cargo de Direção / Chefia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
3	Servidor					
	SIAPE: <input type="text"/> Campus/Unidade <input type="text"/> Setor de Lotação: <input type="text"/>					
	Exerce Cargo de Direção / Chefia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
4	Servidor					
	SIAPE: <input type="text"/> Campus/Unidade <input type="text"/> Setor de Lotação: <input type="text"/>					
	Exerce Cargo de Direção / Chefia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
5	Servidor					
	SIAPE: <input type="text"/> Campus/Unidade <input type="text"/> Setor de Lotação: <input type="text"/>					
	Exerce Cargo de Direção / Chefia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
6	Servidor					
	SIAPE: <input type="text"/> Campus/Unidade <input type="text"/> Setor de Lotação: <input type="text"/>					
	Exerce Cargo de Direção / Chefia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
7	Servidor					
	SIAPE: <input type="text"/> Campus/Unidade <input type="text"/> Setor de Lotação: <input type="text"/>					
	Exerce Cargo de Direção / Chefia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
8	Servidor					
	SIAPE: <input type="text"/> Campus/Unidade <input type="text"/> Setor de Lotação: <input type="text"/>					
	Exerce Cargo de Direção / Chefia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
9	Servidor					
	SIAPE: <input type="text"/> Campus/Unidade <input type="text"/> Setor de Lotação: <input type="text"/>					
	Exerce Cargo de Direção / Chefia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

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

Carimbo e Assinatura do Diretor/Coordenador  
Solicitante

### CHECK LIST DO PROCESSO DE AÇÃO DE CAPACITAÇÃO

(Este checklist deverá ser analisado e verificado pelo Setor Responsável pela Capacitação do campus/unidade e constará como anexo do original e cópia do Requerimento de Ação de Capacitação)

#### 1ª ETAPA – Início do processo

FORMALIZAÇÃO		Responsável	Consta	Não consta	Não se aplica
1.	Formulário de solicitação de ação de capacitação	Solicitante			
2.	Assinatura do Diretor/Coordenador solicitante	Solicitante			
3.	Detalhamento do curso (ementa e/ou programação)	Solicitante			
4.	Parecer do Setor de Capacitação conforme Programa Institucional de Capacitação	Setor de Capacitação			

Assinatura do Responsável pela  
Capacitação:

Data:

#### 2ª ETAPA – Finalização do processo

FORMALIZAÇÃO		Responsável	Consta	Não consta
5.	Prestação de Contas de Diárias conforme memorando 68/2014	Solicitante		
6.	Declaração do servidor de conclusão da ação de capacitação ou Cópia do Certificado de Conclusão	Solicitante		

Assinatura do Responsável pela  
Capacitação:

Data: