



INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS
DIREÇÃO GERAL
COMISSÃO PERMANENTE DE ACOMPANHAMENTO DA CAPACITAÇÃO

FORMULÁRIO PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS DE CAPACITAÇÃO NO PAÍS

I - INFORMAÇÕES PESSOAIS			
NOME:			
MATÍCULA:		CARGO:	
SETOR LOTAÇÃO:	DEPARTAMENTO:	TELEFONE:	
CELULAR:	EMAIL:		

II - INFORMAÇÕES DO EVENTO		
Nome do Evento:		
Organizadora:	CNPJ:	
Local do evento:		
Cidade:	Estado:	Período: de ___ / ___ a ___ / ___

III - SOLICITAÇÃO DE CUSTEIO		
Diárias ()	Passagens ()	Inscrição ()

IV - NATUREZA DA PARTICIPAÇÃO (AFASTAMENTO)		
Com ônus ()	Com ônus limitado ()	Sem ônus ()

V - MOTIVO DA PARTICIPAÇÃO (SOLICITANTE)

Declaro estar ciente dos termos das normas regulamentares (Portaria INES, nº 308/ 2012)
Rio de Janeiro, ___ de _____ de _____

Assinatura do Servidor

ÁREA PREENCHIDA PELA CHEFIA

VI – INTERESSE DA CAPACITAÇÃO PARA A INSTITUIÇÃO

VII – COMPETÊNCIAS DO SERVIDOR EM RELAÇÃO À CAPACITAÇÃO

Declaro estar ciente das normas que regem o Programa de Capacitação do INES e que o evento solicitado pelo servidor está de acordo com suas atribuições listadas acima. Cabe a minha chefia verificar junto ao servidor os conhecimentos adquiridos sua aplicação ao trabalho e a multiplicação dos conhecimentos.

Em / / ,

Assinatura da Chefia Imediata

Encaminho à CPAC a solicitação com aprovação da participação do servidor pelo Diretor de Departamento.

Em / / ,

Assinatura do Diretor(a) de Departamento