



DIVISÃO DE CAPACITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO (DCQ)

**PROGRAMA DE AUXÍLIO-QUALIFICAÇÃO DA UFF
- REQUERIMENTO -
ANEXO I**

1. DADOS DO(A) REQUERENTE

Nome:	
Cargo:	
Lotação:	Mat. SIAPE:
Data de nascimento: ___/___/___	Data de ingresso na UFF ___/___/___
Telefones (Ramal, fixo, celular):	
E-mail:	

2. INFORMAÇÕES DO CURSO

NOME DO CURSO:	
Instituição:	
Cidade:	Estado:
Início: ___/___/___ Término previsto: ___/___/___	

3. DADOS PARA PAGAMENTO

NOME DO BANCO:		Número do Banco:
Conta corrente (pagamento UFF):	Agência:	
Cidade:	Estado:	
CPF do requerente:		

4. DOCUMENTAÇÃO ANEXADA

- () Declaração expedida pela coordenação do curso, comprovando o vínculo discente.
- () Cópia do cabeçalho de contracheque atual (no máximo dois meses anteriores).
- () Memorando com a apreciação de desenvolvimento favorável, emitido pela chefia imediata, (APENAS PARA SERVIDORES EM ESTÁGIO PROBATÓRIO, NÃO SUBMETIDOS AINDA À PRIMEIRA AVALIAÇÃO).

5. JUSTIFICATIVA

Considerações da chefia imediata acerca da participação do servidor no curso sobre as ações desenvolvidas na área e os resultados esperados:

Local e data _____

Assinatura do requerente _____ Assinatura da Chefia Imediata Oficial _____

6. TERMO DE COMPROMISSO E ASSINATURA DO REQUERENTE

Ao requerer o Auxílio-Qualificação, comprometo-me a:

- 1) comunicar à DCQ imediatamente, para fins de cancelamento do auxílio-qualificação, o desligamento do curso objeto desta solicitação cabendo a devolução dos valores recebidos, salvo em hipótese comprovada relativa a saúde do servidor (item 9.2);
- 2) apresentar à DCQ ao final da vigência deste Edital de acordo com o estabelecido, o relatório sintético das atividades desenvolvidas, em formulário próprio (Anexo III), assinado pelo coordenador do curso, ou comprovante de conclusão do curso (declaração);
- 3) manter-me na UFF após a vigência deste Edital pelo mesmo período de tempo do benefício recebido.

Declaro ainda que o curso objeto desta solicitação é: () com ônus () sem ônus (pagamento de mensalidade)

Local e data

Assinatura do requerente

ANÁLISE E DELIBERAÇÃO (USO EXCLUSIVO DA CPTA – COORDENAÇÃO DE PESSOAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO)

DGD/CPTA/PROGEPE

Avaliação de desempenho (pontuação dos últimos 18 meses): _____. () Deferido;

() Indeferido em função de: _____

Data:

Assinatura e Carimbo DGD/CPTA/PROGEPE:

DCQ/CPTA/PROGEPE

Correlação do curso: () direta () indireta.

() Deferido; Vigência do Auxílio: Início: : ____/____/____ Término Previsto: : ____/____/____

() Indeferido em função de: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo DCQ/CPTA/PROGEPE: _____

CPTA/PROGEPE

De acordo:

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo CPTA/PROGEPE: _____

AO PROTOCOLO: este requerimento, após formado processo, deve ser encaminhado à Divisão de Capacitação e Qualificação da Coordenação de Pessoal Técnico-Administrativo – DCQ/CPTA.