

**SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO PARA PROGRAMAS EXTERNOS DE CAPACITAÇÃO  
LONGA DURAÇÃO (A partir de 60 horas)****CAMPOS PREENCHIDOS PELO REQUERENTE**

NOME DO REQUERENTE:

CARGO/FUNÇÃO:

MATRÍCULA:

DATA ADMISSÃO:

REGIME JURÍDICO:

LOCAL DE TRABALHO/SIGLA:

JORNADA SEMANAL:

horas

**HORÁRIO DE TRABALHO:** Registrar horário de entrada e de saída

DIAS SEMANA	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
ENTRADA:						
SAÍDA:						

NOME DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO:

DATA DE INÍCIO:

DATA DE ENCERRAMENTO:

DIA(S) DA SEMANA:

HORÁRIO DO EVENTO:

CARGA HORÁRIA TOTAL DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO:

(Registrar a carga horária total do evento/curso para o qual está solicitando liberação de carga horária de trabalho)

horas

Compromete-se a apresentar o conteúdo da capacitação solicitada em reunião de equipe?

SIM

NÃO

Compromete-se a apresentar relatório com avaliação da capacitação à chefia?

SIM

NÃO

Compromete-se a disponibilizar o material da capacitação para a Instituição?

SIM

NÃO

Foi liberado para programa externo de capacitação nos últimos 12 meses?

SIM

NÃO

Discriminar o curso/evento

Carga horária

Data da liberação

ASSINATURA DO REQUERENTE

DATA DA SOLICITAÇÃO:

**OBSERVAÇÕES:**

- Se esta é a primeira solicitação para este evento, anexar informações sobre o programa de capacitação, cronograma das aulas e cópia simplificada do projeto a ser desenvolvido;
- Se esta solicitação é um pedido de renovação da liberação, anexar relatório de atividades (disciplinas cursadas e avaliação).

**CAMPOS PREENCHIDOS PELO COORDENADOR DA UNIDADE - CHEFIA IMEDIATA**

Avaliação funcional do servidor (considerar competência, comprometimento com o serviço, disponibilidade do profissional em colaborar em situações difíceis, etc.).

Análise do conteúdo do programa de capacitação e possibilidade de impacto positivo para o serviço.

**AUTORIZAÇÃO:**      **SIM**      **NÃO**      **Observação:** Em caso de autorização, discriminar abaixo.

**LIBERAÇÃO COM REPOSIÇÃO DE HORAS**

**LIBERAÇÃO SEM REPOSIÇÃO DE HORAS**

**NÚMERO DE HORAS**

**NÚMERO DE HORAS**

**TOTAL:**

**PARCIAL:**

**TOTAL:**

**PARCIAL:**

**Justificativa:**

**ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA:**

**DATA:**

**CAMPOS PREENCHIDOS PELA CHEFIA MEDIATA**

**DEFERIDO**

**INDEFERIDO**

**Justificativa:**

**ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA MEDIATA:**

**DATA:**

**CAMPOS PREENCHIDOS PELA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO**

Parecer:

Encaminhamento:

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA:

**PARECER DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEFERIDO

INDEFERIDO

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA:

**CIÊNCIA DO REQUERENTE**

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA: