

REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO PARA PÓS-GRADUAÇÃO

I – DADOS FUNCIONAIS

Nome:		
Matrícula SIAPE:	CPF:	Telefone/Celular:
Campus:		Setor:
Cargo:		E-mail:
Recebe FG/CD?: <input type="checkbox"/> Em caso de recebimento de função, declaro que solicitei exoneração/dispensa do cargo em comissão ou função gratificada a contar da data do início do afastamento.		Função:

II – OBJETO DO REQUERIMENTO

AFASTAMENTO PARA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU	() No País
	() No Exterior

A seguir, marque a opção que corresponde à sua solicitação:

() AFASTAMENTO INICIAL

() Mestrado – até 24 meses () Doutorado – até 48 meses () Pós-Doutorado – até 12 meses

Período: ____/____/____ a ____/____/____

Até 12 meses a contar da data do início do afastamento.

() PRORROGAÇÃO DO AFASTAMENTO PARA PÓS-GRADUAÇÃO

Período: ____/____/____ a ____/____/____

Até 12 meses a contar da data do início do afastamento, podendo ser renovado até os limites previstos.

() INTERRUPÇÃO DO AFASTAMENTO PARA PÓS-GRADUAÇÃO

Motivo:

() De ordem pessoal; () Caso fortuito; () Força maior

Anexar:

- Justificativa da solicitação da interrupção;
- Comprovação da efetiva participação ou aproveitamento da ação de desenvolvimento no período transcorrido da data de início do afastamento até a data do pedido de interrupção.

III – INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO/PROGRAMA

Nome do Curso/Programa:			
Instituição Promotora:			
Cidade:	País:	UF:	Carga-horária:
Período regular do curso (exceto o período de dilação): ____/____/____ a ____/____/____			

Justificativa quanto à contribuição que a participação no programa de pós-graduação propiciará à sua atuação profissional à Instituição:

IV – PREVISÃO DE CUSTOS

() ÔNUS LIMITADO (apenas **manutenção dos vencimentos e vantagens do cargo**)

() **COM ÔNUS** (além dos vencimentos, custo previstos com diárias e passagens, **se houver**): _____

V - PREVISÃO NO PDP

DECLARO QUE O AFASTAMENTO PARA PÓS-GRADUAÇÃO ESTÁ PREVISTA NO PDP DO ANO _____ DO
IFSERTÃOPE NO TEMA GERAL _____ E
RECORTE DO TEMA _____.

O PDP aprovado pode ser visualizado no site institucional: <https://www.ifsertao-pe.edu.br/index.php/desenvolvimento-de-pessoas-dgp>

VI – ASSINATURA

Local e data: _____, _____ / _____ / _____.

Assinatura do(a) requerente