| **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOASCoordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas | lg_EBSERH-PB_uso |
| --- | --- |
| **Solicitação de Participação em Evento de Capacitação**  |

**ESPECIFICAÇÃO DO EVENTO**

| Nome do Evento |
| --- |
| Local de Realização |
| Data/Período | Horário | Carga Horária |
| Entidade Promotora |
| CGC/CNPJ | Telefone | Fax |
| Endereço | E-mail |
| Banco | Agência | C/C |

**CUSTOS**

| TAXA DE INSCRIÇÃO: 🞎 SIM R$ 🞎 Por conta do próprio colaborador 🞎 Por conta da Empresa 🞎 Outros. Especificar:🞎 NÃOPASSAGENS: 🞎 SIM R$ 🞎 Por conta do próprio colaborador 🞎 Por conta da Empresa 🞎 Outros. Especificar:🞎 NÃODIÁRIAS: 🞎 SIM R$ 🞎 Por conta do próprio colaborador 🞎 Por conta da Empresa 🞎 Outros. Especificar:🞎 NÃO |
| --- |

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) COLABORADOR (A) (EMPREGADO OU SERVIDOR)**

| Nome completo  | Matrícula SIAPE |
| --- | --- |
| Cargo Efetivo | Classe/Nível | Cargo em Comissão |
| Órgão de Origem | Unidade de exercício | Jornada de Trabalho□ 20h □ 24h □ 30h □ 36h □ 40h |
| Endereço Eletrônico | Telefone com DDD |
| ÚLTIMA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | TEMPO DE EXERCÍCIO NA EBSERH: |
| **ATRIBUIÇÕES DO COLABORADOR:** |

**JUSTIFICATIVA PARA PARTICIPAÇÃO**

|  |
| --- |
| **PERTINÊNCIA DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO COM AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, ESTABELECENDO VÍNCULOS COM METAS E OBJETIVOS INSTITUCIONAIS:** |
| **OPORTUNIDADES DE MELHORIA NO PROCESSO DE TRABALHO APÓS A PARTICIPAÇÃO:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ASSINATURA DO COLABORADOR ASSINATURA/CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA** |

**DECLARAÇÃO: marque com um “X” os documentos apresentados junto à solicitação**

|  |
| --- |
| **DECLARO QUE, JUNTO À SOLICITAÇÃO, ESTOU ENCAMINHANDO OS SEGUINTES DOCUMENTOS:****🞎 FICHA DE INSCRIÇÃO COM TODOS OS CAMPOS PREENCHIDOS;****🞎 FOLDER DO EVENTO COM INFORMAÇÕES SOBRE O CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, FORMA E VALOR DE PAGAMENTO E DADOS DA EMPRESA.**□ **COMPROVANTE DE PRÉ-INSCRIÇÃO NO EVENTO****DECLARO, AINDA, ESTAR CIENTE QUE:*** **EM CASO DE DESISTÊNCIA, DEVO COMUNICAR À CDP/DGP, POR ESCRITO, COM ANTECEDÊNCIA M´NIMA DE DOIS DIAS ÚTEIS DA DATA DO INÍCIO DO EVENTO;**
* **EM CASO DE ABANDONO OU DESISTÊNCIA NÃO JUSTIFICADA, DEVEREI RESSARCIR O VALOR CORRESPONDENTE Á INSCRIÇÃO E ÀS DIÁRIAS E PASSAGENS, SE HOUVER;**
* **É OBRIGATÓRIO ENTREGAR À ÁREA DE GESTÃO DE PESSOAS, NO PRAZO DE ATÉ CINCO DIAS ÚTEIS APÓS O TÉRMINO DO EVENTO, CÓPIA DO CERTIFICADO E O “RELATÓRIO DO PARTICIPANTE”;**
* **O NÃO CUMPRIMENTO DOS ITENS ACIMA IMPLICARÁ NAS SANÇÕES PREVISTAS NA NORMA DE CAPACITAÇÃO.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ASSINATURA DO COLABORADOR** |

**AUTORIZAÇÃO DO GERENTE DA ÁREA**

|  |
| --- |
|  **AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO COLABORADOR NO EVENTO POR CONSIDERAR QUE A OPORTUNIDADE DE APRENDIZAGEM CONSTITUI-SE EM CONTRIBUIÇÃO RELEVANTE PARA O DESEMPENHO DE SUAS ATIVIDADES NA EBSERH.** **ENCAMINHE-SE À COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS.****DOURADOS, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **ASSINATURA/CARIMBO DO GERENTE DA ÁREA** |