| **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**  DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  Coordenadoria 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:  🞎 NÃO  PASSAGENS:  🞎 SIM R$ 🞎 Por conta do próprio colaborador 🞎 Por conta da Empresa 🞎 Outros. Especificar:  🞎 NÃO  DIÁRIAS:  🞎 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** |