**REQUERIMENTO DE AÇÃO DE CAPACITAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diretoria/Coordenação da área solicitante** |  | |
| **Nome do Diretor/Coordenador** | |  |
| **Campus/Unidade** |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome da ação de capacitação pretendida** | | | |  | | | | | | | | | |
| **Período de realização** | | **Início em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, às  \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas | | | | | | | | **Término em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, às  \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas | | | |
| **Custo da inscrição/valor do Curso - valor por servidor** | | | |  | | **Total de horas** |  | | **Número de servidores capacitados** | | | |  |
| **Diárias (R$) – valor por servidor** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Meio(s) Transporte** |  | | **Aéreo** | | **Valor total da passagem de ida e volta (por servidor)** | | |  | | |  | **Veículo Próprio** | |
|  | | **Terrestre/ Reembolso** | | **Valor total da passagem de ida e volta (por servidor)** | | |  | | |  | **Veículo Oficial** | |

|  |
| --- |
| **JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **DESCRIÇÃO DA APLICAÇÃO NO LOCAL DE TRABALHO** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aperfeiçoamento** (Marque a opção que caracteriza a ação de capacitação) | | | | | |
|  | Autoformação |  | Grupo formal de estudo |  | Intercâmbio |
|  | Oficina de trabalho/workshop |  | Palestra, seminário, congresso, conferência, fórum, encontro, outros similares |  | Treinamento em serviço |
|  | Visita técnica |  | Curso |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EDUCAÇÃO FORMAL** (Marque a opção que caracteriza a ação de capacitação) | | | | | |
|  | Ensino Fundamental |  | Ensino Médio |  | Tecnológico |
|  | Graduação |  | Especialização |  | Mestrado |
|  | Doutorado |  | Pós-doutorado |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **instituição responsável pelo curso**  (Preencha com o nome da instituição e marque a opção que caracteriza a instituição responsável pela ação de capacitação) | | | | | | | | | | |
| **Instituição** | |  | | | | | | | | |
| **CNPJ** |  | | | | **Cidade de realização do curso** |  | | | **Estado** |  |
|  | Instituição Pública - próprio órgão | |  | Instituição Pública - outros | | |  | Escola de Governo | | |
|  | Instituição Privada | |  | Instituição Estrangeira Pública | | |  | Instituição Estrangeira Privada | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA TEMÁTICA** (Marque até 5 opções que representem as áreas temáticas da ação de capacitação) | | | | | |
|  | Agricultura, Extrativismo e Pesca |  | Educação |  | Meio Ambiente |
|  | Auditoria |  | Ética |  | Pessoa, Família e Sociedade |
|  | Ciência e Tecnologia |  | Gestão da Informação |  | Planejamento e Administração |
|  | Comunicação |  | Gestão de Pessoas |  | Relações Internacionais |
|  | Defesa e Segurança |  | Habitação, Saneamento, Urbanismo e Trânsito |  | Saúde |
|  | Desenvolvimento Gerencial |  | Indústria, Comércio e Serviços |  | Trabalho |
|  | Desenvolvimento Regional |  | Informática - aplicativos e sistemas internos |  | Transportes |
|  | Direito e Justiça |  | Informática - programação e TI |  | Turismo, Cultura, Lazer e Esporte |
|  | Economia, Orçamento e Finanças |  | Informática - sistemas informatizados do Governo Federal |  | Formação inicial para novos servidores |
|  | Logística |  | Promoção funcional |  | Outros: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIÇÃO DA FINALIDADE DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção) | | | | | |
|  | Ambientação/Introdutório/Formação |  | Comportamental |  | Estratégico |
|  | Gerencial |  | Técnico ou Operacional |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODALIDADE DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção) | | | | | | | |
|  | À distância |  | Presencial | | |  | Semi-presencial |
| **LOCAL DE REALIZAÇÃO DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção) | | | | | | | |
|  | Na cidade de trabalho do servidor |  | Em outra cidade do Brasil | | |  | Em outro país |
| **ABRANGÊNCIA DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção) | | | | | | | |
|  | Turma só para servidores do órgão (ou junto com parceiro) | | |  | Inscrição de servidor(es) em evento aberto | | |
| **TIPO DE INSTUTOR** (Marque 1 opção) | | | | | | | |
|  | Servidor público | | |  | Contratado | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO** | | | | | |
|  | Deferido |  | Indeferido | Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da Chefia Imediata |
|  | Deferido |  | Indeferido | Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Diretor/Coordenador da área |
|  | Deferido |  | Indeferido | Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Diretor Geral ou Pró-reitor |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parecer do SETOR DE CAPACITAÇÃO DA UNIDADE**  (Não serão aceitos solicitações sem o Parecer do Setor de Capacitação) | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | Deferido |  | Indeferido | Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Carimbo e assinatura do Responsável pelo Setor de Capacitação |  |

**LISTA DE SERVIDORES CAPACITADOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Servidor** | |  | | | | | | | | | |
| **SIAPE:** |  | | **Campus/Unidade** |  | | | | **Setor de Lotação:** | | |  |
| **Exerce Cargo de Direção / Chefia** | | | | |  | **Sim** |  | | **Não** |
| **2** | **Servidor** | |  | | | | | | | | | |
| **SIAPE:** |  | | **Campus/Unidade** |  | | | | **Setor de Lotação:** | | |  |
| **Exerce Cargo de Direção / Chefia** | | | | |  | **Sim** |  | | **Não** |
| **3** | **Servidor** | |  | | | | | | | | | |
| **SIAPE:** |  | | **Campus/Unidade** |  | | | | **Setor de Lotação:** | | |  |
| **Exerce Cargo de Direção / Chefia** | | | | |  | **Sim** |  | | **Não** |
| **4** | **Servidor** | |  | | | | | | | | | |
| **SIAPE:** |  | | **Campus/Unidade** |  | | | | **Setor de Lotação:** | | |  |
| **Exerce Cargo de Direção / Chefia** | | | | |  | **Sim** |  | | **Não** |
| **5** | **Servidor** | |  | | | | | | | | | |
| **SIAPE:** |  | | **Campus/Unidade** |  | | | | **Setor de Lotação:** | | |  |
| **Exerce Cargo de Direção / Chefia** | | | | |  | **Sim** |  | | **Não** |
| **6** | **Servidor** | |  | | | | | | | | | |
| **SIAPE:** |  | | **Campus/Unidade** |  | | | | **Setor de Lotação:** | | |
| **Exerce Cargo de Direção / Chefia** | | | | |  | **Sim** |  | | **Não** |
| **7** | **Servidor** | |  | | | | | | | | | |
| **SIAPE:** |  | | **Campus/Unidade** |  | | | | **Setor de Lotação:** | | |
| **Exerce Cargo de Direção / Chefia** | | | | |  | **Sim** |  | | **Não** |
| **8** | **Servidor** | |  | | | | | | | | | |
| **SIAPE:** |  | | **Campus/Unidade** |  | | | | **Setor de Lotação:** | | |
| **Exerce Cargo de Direção / Chefia** | | | | |  | **Sim** |  | | **Não** |
| **9** | **Servidor** | |  | | | | | | | | | |
| **SIAPE:** |  | | **Campus/Unidade** |  | | | | **Setor de Lotação:** | | |
| **Exerce Cargo de Direção / Chefia** | | | | |  | **Sim** |  | | **Não** |

|  |  |
| --- | --- |
| Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e Assinatura do Diretor/Coordenador Solicitante |

**CHECK LIST DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO/COMPRA DE AÇÃO DE CAPACITAÇÃO**

(Este check list deverá ser analisado e verificado pelo Setor Responsável pela Capacitação do campus/unidade

e constará como anexo do original e cópia do Requerimento de Ação de Capacitação)

|  |
| --- |
| **1ª ETAPA – Início do processo** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **FORMALIZAÇÃO** | **Responsável** | | **Consta** | **Não consta** | **Não se aplica** |
|  | Formulário de solicitação de ação de capacitação | | | Solicitante |  |  |  |
|  | Assinatura do Diretor/Coordenador solicitante | | | Solicitante |  |  |  |
|  | Detalhamento do curso (ementa e/ou programação) | | | Solicitante |  |  |  |
|  | Memorando do solicitante ao Setor de Capacitação da unidade com justificativa da escolha do fornecedor e do preço | | | Solicitante |  |  |  |
|  | Mínimo de 3 (três) orçamentos para comprovar o valor em caso de dispensa (Inciso II, artigo 24 da Lei 8666/1993) | | | Solicitante |  |  |  |
|  | Documentos que comprovem a notória especialização do palestrante ou ministrante do curso (Currículo - obrigatório; certificados; atestados de capacidade técnica ou quantos mais documentos existirem disponíveis) da empresa ou profissional contratado, em caso de inexigibilidade (Artigo 25, Inciso II da Lei 8666/1993) | | | Solicitante |  |  |  |
|  | Parecer do Setor de Capacitação conforme Programa Institucional de Capacitação | | | Setor de Capacitação |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Assinatura do Responsável pela Capacitação: |  | Data: |  |

**2ª ETAPA – Finalização do processo**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FORMALIZAÇÃO** | **Responsável** | | **Consta** | **Não consta** |
|  | Cópia da Nota de empenho | | Setor de Capacitação |  |  |
|  | Cópia da Nota Fiscal | | Setor de Capacitação |  |  |
|  | Declaração do servidor de conclusão da ação de capacitação ou Cópia do Certificado de Conclusão | | Setor de Capacitação |  |  |
|  | Cópia da Declaração de serviços prestados | | Setor de Capacitação |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Assinatura do Responsável pela Capacitação: |  | Data: |  |