|  |
| --- |
| **DADOS SOBRE O CURSO/EVENTO (Anexar programa)** |
| Curso/Evento: |
| Instituição realizadora:  |
| Local: |
| Data/Período: | Carga Horária:  |
| Telefone de contato da chefia imediata: | Liberação de Ponto (Dias/Horas):  |
| E-mail do Servidor: |
| Justificativa da solicitação (detalhar a importância da qualificação ofertada pelo Evento/Curso para a atuação do profissional na Rede de Saúde do Município):- |

|  |
| --- |
| **DADOS DOS SERVIDORES** |
|   | Servidor | Cód. | Cargo | Local de Trabalho | Assinatura\* |
| 1 |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |

**\* Caso o número de servidores seja superior ao destacado na planilha acima, favor preencher uma nova solicitação.**

**A ausência injustificada no curso ensejará a obrigação de ressarcir aos cofres públicos a quantia despendida com a participação na capacitação, sem prejuízo das disposições disciplinares aplicáveis.**

|  |
| --- |
| **INVESTIMENTO PELA UNIDADE DE GESTÃO ( ) SIM ( ) NÃO****(Somente preencher se pago pela Unidade de Gestão)** |
| Valor Inscrição por Pessoa:  | Valor Curso por Pessoa:  |
| Valor Transporte:  | Valor Hospedagem/Diárias:  |
| Valor Alimentação:  |   |
| Observação:  |
| **UNIDADE DE GESTÃO SOLICITANTE:** | **USO DA EP** |
| **Autorização da chefia imediata** (assinatura e nome/carimbo): | **Autorização do(a) Diretor(a)**(assinatura e nome/carimbo): | **Autorização do(a) Articulador(a) da Educação Permanente em Saúde**(assinatura e nome/carimbo): | **Autorização do Gestor(a)**(assinatura e nome/carimbo): |
| **Data:** | **Data:** | **Data:** | **Data:** |

**Após a participação, o servidor (a) deverá encaminhar o Certificado para o email da eps@jundiai.sp.gov.br.**