|  |  |
| --- | --- |
| **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.**