**Requerimento de Capacitação Interna**

**Promotor da Capacitação (Chefe do setor que está promovendo a ação)**

|  |
| --- |
|  |

**Matrícula SIAPE Lotação/Setor**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Nome da Atividade/Evento**

|  |
| --- |
|  |

**Número(s) do(s) item(ns) da(s) Necessidade(s) de Desenvolvimento do PDP que a capacitação pretende atender:**

|  |
| --- |
|  |

**Essa ação de desenvolvimento será ofertada de forma gratuita?**

|  |
| --- |
| **( ) Sim**  **( ) Não, especificar os custos:**  **Custo total estimado da ação:** |

**Tipo da Atividade Carga Horária**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Curso ( ) Minicurso ( ) Workshop ( ) Palestra ( ) Treinamento ( ) Oficina  ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**Público-Alvo**

|  |
| --- |
|  |

**Objetivos**

|  |
| --- |
|  |

**Conteúdo Programático**

|  |
| --- |
|  |

**Metodologia**

|  |
| --- |
|  |

**Recursos Necessários (Exemplo: Projetor de Vídeo, microfone, notebook, flip chart, caneta e etc.)**

|  |
| --- |
|  |

**INFORMAÇÕES DA TURMA:**

**Quantidade de vagas**

|  |
| --- |
|  |

**Período de Inscrições Período de Realização Autorização Chefia Imediata**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **( ) SIM ( ) NÃO** |

**Modalidade:**

|  |
| --- |
| **( ) Presencial ( ) Online ( ) Semipresencial** |

**Horários da Turma**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Horário de Início** | **Horário de Término** | **Dias da Semana** | **Local** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Instrutor Interno**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** | |
| **SIAPE:** | **Titulação:** |

**Instrutor Externo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** | |
| **CPF:** | **Titulação:** |
| **Telefone/Celular:** | **E-mail:** |
| **Nome curso/módulo/palestra:** | |
| **Carga horária do curso/módulo/palestra:** | |
| **Carga horária da elaboração do material multimídia:** | |
| **Código da Unidade Gestora do órgão de lotação:** | |
| **Código da Unidade Orçamentária do órgão de lotação:** | |

**Deseja que a PROGEP divulgue o curso?**

|  |
| --- |
| **( ) Não ( ) Sim** |

**Local, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Requerente da Capacitação**

\* Esse formulário deverá ser encaminhado à PROGEP via e-mail ([cdp.progep@ifs.edu.br](mailto:cdp.progep@ifs.edu.br)) com o prazo de antecedência de no mínimo 15 dias antes do início das inscrições.