



AFASTAMENTO NO PAÍS - SUPERIOR A 15 DIAS REQUERIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Inicial

Prorrogação

Nome	CPF
Unidade/Órgão	Matrícula SIAPE
Departamento/Setor de trabalho	Matrícula UFMG
Cargo	Clas/Niv (docente) NClas/NCap/Pad (técnico)
Acumula cargo na UFMG? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Unidade/Órgão: _____ Cargo: _____ () Anexada a autorização do órgão, informando se é de interesse ou não o afastamento nos dois cargos	

FINALIDADE DO AFASTAMENTO

Aperfeiçoamento

Área de conhecimento: _____

Nível do curso: Especialização Mestrado Doutorado Outro. Especificar: _____

Outro tipo de Afastamento: _____

Área de conhecimento: _____

LOCAL E DURAÇÃO DO AFASTAMENTO

Entidade/Instituição: _____

Cidade: _____ UF: _____

Período do Afastamento: Início ____/____/____ Término: ____/____/____

TIPO DO AFASTAMENTO

Sem ônus (O servidor deverá contribuir para o PSS, caso queira contar o tempo para aposentadoria)

Com ônus limitado (somente com o vencimento ou salário e demais vantagens do cargo, função ou emprego)

Com ônus (com vencimento ou salário e demais vantagens do cargo, função ou emprego acrescido de bolsa e/ou auxílio)

Órgão Financiador: _____

Anexado o documento de Concessão / Solicitação de bolsa e/ou auxílio

DECLARAÇÃO (Se docente)

Declaro que não haverá prejuízo dos meus encargos didáticos, cujas aulas relacionadas acima serão repostas da seguinte maneira:

Serei substituído por outro professor- Nome: _____

Programei aula no fim do semestre letivo - Data e horário: _____

Programei aula extra - Data e horário: _____

Não leciono nos dias de afastamento

Outra alternativa: _____

REQUERIMENTO

Sr(a). Diretor(a)/Chefe de Departamento,

Solicito o afastamento no País, de acordo com o disposto no artigo 47, inciso I, do Anexo ao Decreto nº 94.664, de 23 de julho de 1987, publicado no DOU de 24 de julho de 1987, artigo 31 da Portaria MEC nº 475, de 26 de agosto de 1987 art. 96-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (DOU 12/12/90).

Estou ciente de que serão excluídos de minha remuneração o auxílio transporte e os adicionais de insalubridade ou periculosidade, bem como a gratificação de RX ou substâncias radioativas, se concedido o afastamento.

Atenciosamente,

Data ____/____/____

Assinatura do Servidor

CÂMARA DEPARTAMENTAL/COLEGIADO EQUIVALENTE (docente) ou CHEFE IMEDIATO/DEPARTAMENTO (técnico)Interesse do afastamento para a UFMG _____

_____ Aprovado Reprovado Em diligência

Data ____/____/____

Assinatura do Chefe Imediato/Chefe do Departamento (Com carimbo)**CONGREGAÇÃO/COLEGIADO EQUIVALENTE (se docente) ou DIRETOR DA UNIDADE/ÓRGÃO (se técnico)**

Aprovado em: ____/____/____

Data ____/____/____

Assinatura do(a) Diretor(a) da Unidade/Órgão (Com carimbo)**UNIDADE/ ÓRGÃO - SETOR DE PESSOAL**

O servidor possui processo administrativo disciplinar?

 Não Sim

O servidor afastou-se anteriormente para participar de programa de capacitação, programa de pós-graduação ou licença para tratar de interesse particular?

 Não Sim. Motivo: _____

De ____/____/____ até ____/____/____

O servidor possui férias programadas no período de afastamento?

 Não Sim. De ____/____/____ Até ____/____/____**SE AFASTAMENTO INICIAL, ANEXADO(A)** Comprovante de inscrição ou carta de aceitação da Instituição de destino, se afastamento para aperfeiçoamento Carta de aceitação da Instituição ou folder, convite ou comprovante de inscrição no evento, se for o caso Plano de trabalho ou disciplinas a serem cursadas Documento de concessão ou de solicitação de bolsa e/ou auxílio, se afastamento com ônus Termo de Compromisso e Responsabilidade - Formulário DAP 019**SE PRORROGAÇÃO DO AFASTAMENTO, ANEXADO(A)** Procuração, em caso do servidor estar impossibilitado de solicitar a prorrogação Documento de concessão ou solicitação de bolsa ou auxílio, se afastamento com ônus Proposta de trabalho do interessado para o próximo ano com anuência do orientador ou comprovante de matrícula Enviado o processo ao DRH, se servidor técnico e administrativo Enviado o processo a CPPD, se docente

Data ____/____/____

Assinatura do Responsável (Com carimbo)**CPPD (Se docente) ou DRH (Se técnico-administrativo)** Anexado o Parecer nº ____/____/____ Enviado o processo ao DAP/DLEG

Data ____/____/____

Assinatura do Responsável (Com carimbo)