



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**

*Secretaria da Educação*

**COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
FORMULÁRIO PARA AFASTAMENTO INICIAL  
(Mestrado Profissional)**

NOME:	
EMAIL:	TELEFONE:
MATRÍCULA(S):	CPF:
ENDEREÇO COMPLETO:	
CIDADE:	CEP:
CARGO/FUNÇÃO:	
FORMAÇÃO INICIAL:	
DATA DO D.O.E DE ESTABILIDADE: ___/___/___	CH SEMANAL: _____h
LOTAÇÃO ATUAL: ( ) SEDUC/SEDE; ( ) CREDE ___; ( ) SEFOR; ( ) CONS. ESTADUAL DE EDUCAÇÃO	
( ) ESCOLA (nome):	
MUNICÍPIO:	

**INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO**

CURSO:	
UNIVERSIDADE:	
LOCAL:	
( ) PÚBLICA	( ) PRIVADA
( ) PRESENCIAL	( ) SEMI-PRESENCIAL
DATA DE INÍCIO: ___/___/___	DATA DE TÉRMINO: ___/___/___



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**

*Secretaria da Educação*

**TIPO DE AFASTAMENTO**

(  ) INTEGRAL NOS DIAS DE AULAS PRESENCIAIS de acordo com o cronograma anexado ao processo, nos cursos que são realizados fora do município de exercício do servidor, no período de realização do curso.

(  ) INTEGRAL POR 60 DIAS, o requerente deve especificar a data de início de seu afastamento.

Data Inicial: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(  ) PARCIAL POR 120 DIAS, correspondendo a 50% (cinquenta por cento) da carga horária do servidor. O requerente deve especificar a data de início de seu afastamento parcial.

Data Inicial: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_