



**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:_____hs
LOTAÇÃO ATUAL: ( ) SEDUC/SEDE_____;	
( ) CREDE_____;	
( ) SEFOR_____	
( ) ESCOLA (nome):	
MUNICÍPIO:	

**INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO**

CURSO:	
UNIVERSIDADE:	
LOCAL:	
( ) PÚBLICA	( ) PRIVADA
( ) PRESENCIAL	( ) SEMI-PRESENCIAL
DATA DE INÍCIO:___/___/___	DATA DE TÉRMINO:___/___/___
<b>(Obs.: De acordo com a declaração da Universidade)</b>	

## 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Obs.: Sugerimos que esta data seja no mínimo 21 dias após a data de entrada do processo no protocolo.**

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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Obs.: Sugerimos que esta data seja no mínimo 21 dias após a data de entrada do processo no protocolo.**

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