



**SOLICITAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DE CURSOS/TREINAMENTOS/CONGRESSOS/  
PÓS-GRADUAÇÃO (ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO)**

**PREENCHIMENTO NA UNIDADE**

**IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITANTE:**

NOME:

MATRÍCULA:	CARGO:	GRAU DE ENSINO*
DATA DE ADMISSÃO: ___/___/___	DATA DE NASC: ___/___/___	( ) Fundamental
LOTAÇÃO ATUAL:	TEMPO LOTADO*: ___anos	( ) Médio
LOTAÇÃO ANTERIOR*:		( ) Superior

POSSUI ALGUM CURSO, FORMAÇÃO OU ESPECIALIZAÇÃO JÁ REALIZADA? SE SIM, QUAIS\*?

CURSO	INSTITUIÇÃO

\*Os dados serão usados apenas para referência e estatística.

**DADOS DO CURSO/GRADUAÇÃO SOLICITADO(A)**

GRADUAÇÕES			CURSOS		
( ) Pós-Graduação	( ) Mestrado	( ) Graduação	( ) Curso	( ) Simpósio	( ) Treinamento
( ) Técnico	( ) Especialização		( ) Conferência	( ) Introdução	
( ) Outros: _____			( ) Outros: _____		
INSTITUIÇÃO:			NATUREZA DA INSTITUIÇÃO		
LOCAL DO CURSO:			( ) Público	( ) Privada	
CIDADE:			( ) ONG	( ) Outro _____	
DATA DE INÍCIO: ___/___/___			CARGA HORÁRIA DO CURSO		
DATA DE CONCLUSÃO: ___/___/___			HORAS:		

**SOLICITAÇÕES**

TRANSPORTE:	( ) Sim ( ) Não
ENDEREÇO DE PARTIDA:	
ENDEREÇO DE CHEGADA:	
HOSPEDAGEM:	( ) Sim ( ) Não
ALIMENTAÇÃO:	( ) Sim ( ) Não
INSCRIÇÃO:	( ) Sim ( ) Não
DISPENSA DE PONTO:	( ) Sim ( ) Não

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_

Parecer da chefia imediata:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Departamento de Gestão de Pessoas**  
Rua 06, 2580, Centro – CEP: 13500-190  
Telefone: (19)3522-3600  
E-mail: rec.humanos@saude-rioclaro.org.br

**Parecer Técnico da Chefia de Divisão da Área sobre importância do curso para o setor de atuação:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ciência da Chefia de Divisão da Área:** \_\_\_\_\_

**Obs: Após preenchimento até este ponto, a requisição deve ser protocolada ao Departamento de Gestão de Pessoas para continuidade da requisição.**





**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Departamento de Gestão de Pessoas**  
Rua 06, 2580, Centro – CEP: 13500-190  
Telefone: (19)3522-3600  
E-mail: rec.humanos@saude-rioclaro.org.br

<b>FINANCEIRO</b>	
<b>Dotação Orçamentária:</b>	<b>Assinatura e Carimbo</b>     ____/____/____
<b>Parecer do Setor:</b>	

Após deliberação, se necessário encaminhar ao setor de compras para continuidade do processo, posteriormente retornar cópia ao departamento de gestão de pessoas para estatística e resposta.

<b>CONCLUSÃO</b>		
<b>( ) Deferido</b>	<b>( ) Parcialmente Deferido</b>	<b>( ) Indeferido</b>