



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
COORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO DE PESSOAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE: (48) 3721-9690 - E-MAIL: ccp.ddp@contato.ufsc.br
<http://capacitacao.ufsc.br>

FORMULÁRIO DE AFASTAMENTO DE LONGA DURAÇÃO PARA PÓS-GRADUAÇÃO

SERVIDOR TÉCNICO-ADMINISTRATIVO
(Lei nº 8112/90 e Resolução nº 016/CUn/96)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome:	<input type="text"/>				
CPF:	<input type="text"/>	SIAPE:	<input type="text"/>	Matrícula UFSC:	<input type="text"/>
Unidade de Lotação:	<input type="text"/>				
Cargo:	<input type="text"/>	Telefone / Ramal UFSC:	<input type="text"/>		
E-mail Institucional:	<input type="text"/>	Telefone Residencial:	<input type="text"/>		
E-mail Pessoal:	<input type="text"/>	Telefone Celular:	<input type="text"/>		
Possui cargo de direção ou função gratificada?					
<input type="radio"/> Sim – Em caso afirmativo, é de sua responsabilidade providenciar a dispensa do Cargo de Direção – CD ou Função Gratificada – FG que ocupa, até a data do início do afastamento.					
<input type="radio"/> Não					

FORMAÇÃO PRETENDIDA

Nome do Programa de Pós-Graduação:
<input type="text"/>
Nome Completo da Instituição Promotora do Curso:
<input type="text"/>
Datas:
Início do Afastamento Pretendido: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> – conferir as observações da página 4 .
Início do Curso: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Término do Curso: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Observação:
Os afastamentos para mestrado e doutorado serão concedidos pelo prazo inicial de 12 meses, podendo ser renovados a cada ano.

NATUREZA DO AFASTAMENTO

Em relação ao ônus:

- Com ônus:** quando implicar recebimento de auxílio pelo CNPq, CAPES, FINEP ou UFSC, assegurada ao servidor a remuneração do cargo efetivo;
- Com ônus limitado:** quando implicar direito à apenas a remuneração do cargo efetivo.

Em relação ao tempo:

- Tempo integral**
- Tempo parcial** (indique abaixo):
 - Carga horária destinada ao **trabalho**: horas semanais
 - Carga horária destinada aos **estudos**: horas semanais

MANIFESTAÇÃO DO INTERESSADO

Especificar as possíveis contribuições que o curso poderá trazer ao desempenho das atribuições do cargo e/ou ao desempenho das atividades inerentes ao ambiente organizacional onde está lotado.

Observação:

A manifestação requerida acima é **obrigatória** e, caso necessário, pode ser redigida a parte e anexada ao processo.

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

OBSERVAÇÕES

- 1) O início do afastamento só poderá ocorrer após a autorização da PRODEGESP, sendo que sem essa prévia autorização o servidor estará em situação **irregular**.
- 2) Para que a análise deste processo se viabilize em tempo hábil, o interessado deverá protocolar o processo com, no mínimo, 02 meses de antecedência do início do afastamento, bem como, apresentar todos os anexos abaixo relacionados.

ANEXAR (documentos obrigatórios):

- Requerimento preenchido e autorizado pela chefia imediata e diretor da unidade de lotação do servidor;
- Comprovante de aceite da instituição ou atestado de matrícula ou documento que comprove sua aprovação no programa de pós-graduação;
- Histórico escolar e/ou declaração da secretaria do curso informando a data de início e término do mesmo;
- Projeto e cronograma de trabalho, com anuência do orientador;
- Comprovante de obtenção de bolsa, se for o caso;
- Termo de Compromisso (em anexo) devidamente preenchido e assinado.

ESTE DOCUMENTO DEVE SER IMPRESSO EM FRENTE E VERSO

Em conformidade com a Portaria Interministerial MJ/MP nº 1.677/2015



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
COORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO DE PESSOAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE: (48) 3721-9690 - E-MAIL: ccp.ddp@contato.ufsc.br
http://capacitacao.ufsc.br

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

(Lei nº 8.112 de 11/12/90 e Decreto nº 91.800 de 18/10/85)

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE, eu _____
_____, CPF _____,
ocupante do cargo de _____, do quadro/tabela
permanente da Universidade Federal de Santa Catarina, se autorizado(a) a afastar-me da UFSC
para frequentar curso de _____
_____, no período de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___
junto à _____,
Nome da Instituição
sediada em _____,
Local, Cidade, Estado e País

ASSUMO o compromisso e a responsabilidade para cumprimento das exigências abaixo
consignadas, em conformidade com o disposto na [Lei nº 8.112 de 11/12/90](#) e [Decreto nº
91.800 de 18/10/1985](#).

1. permanecer no exercício de minhas funções após o meu retorno por um período
igual ao do afastamento concedido;
2. no caso de solicitar exoneração do cargo ou aposentadoria, antes de cumprido o
período de permanência previsto no item 1, deverei ressarcir o órgão ou entidade, na forma
do [art. 47 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#), dos gastos com meu aperfeiçoamento;
3. conforme a modalidade do afastamento concedido, apresentar certificado, diploma
ou relatório circunstanciado dos trabalhos desenvolvidos (com anuência do
orientador/coordenador) à esta Coordenadoria, para regularizar minha situação funcional
junto à UFSC;
4. renovar anualmente o processo de afastamento conforme a modalidade e a
legislação vigente;
5. iniciar o afastamento somente após a autorização final da PRODEGESP.

Fico ciente, ainda, que:

- a) ocorrendo o abandono ou insucesso de minha participação no curso de que trata o processo nº _____, indenizarei à UFSC a importância pecuniária percebida durante o período do afastamento, corrigida na forma da lei vigente;
- b) entre as despesas do curso incluem-se os vencimentos, despesas com transportes e quaisquer vantagens pecuniárias percebidas, durante o afastamento ou em razão dele.

Florianópolis, _____
Assinatura

Testemunhas:

1. _____
Nome Completo Assinatura

Endereço Residencial

2. _____
Nome Completo Assinatura

Endereço Residencial

Afastamento publicado no DOU nº _____, de ____ / ____ / _____, seção ____.
Campo a ser preenchido pela CCP/DDP

ESTE DOCUMENTO DEVE SER IMPRESSO EM FRETE E VERSO
Em conformidade com a Portaria Interministerial MJ/MP nº 1.677/2015