


**REQUERIMENTO PARA CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – 2019**

INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO SERVIDOR EFETIVO OU ESTÁVEL									
Nome Completo							Data de Admissão		
Cargo				Secretaria			Fone do Trabalho		
Endereço: Rua						Nº		Complemento	
Bairro		Fone Residencial		Celular		E-mail			
Qual seu curso de Graduação?					Possui curso de pós-graduação?				
					Especialização				
Já recebeu algum curso de especialização pago pelo Município?					( ) Não ( ) Sim. Qual?				
( ) Não ( ) Sim. Qual?					Mestrado				
					Doutorado				
DADOS DO CURSO PRETENDIDO									
Nome do Curso									
Especialização			Mestrado			Doutorado			
Nome da Universidade									
Local de realização das Aulas				Cidade			Fone		
Duração do curso (nº de meses)		Início das Aulas:							
		Dia		Mês			Ano		
Dias e horários das Aulas:		Dias da Semana			Horário (Início e Término)				
					às				
					às				
					às				
					às				
Valor Total do Curso:		R\$		Parcelado em:		x		de R\$	
DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO									
Declaro que tenho conhecimento e me enquadro nas normas que regem a concessão do Auxílio conforme preceitua o Decreto nº8749 de 19/03/2007 e que todas as informações aqui presentes são verídicas e de minha inteira responsabilidade. Autorizo a descontar em folha de pagamento os valores dispensados pelo Município caso venha desistir do curso durante sua realização.									
Lages/SC, ___/___/___.				 Assinatura do Servidor requerente					

**ATENÇÃO! PREENCHA OS CAMPOS EM CINZA. ESTE FORMULÁRIO NÃO DEVE CONTER RASURAS!**

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA – ANEXAR AO REQUERIMENTO:	
*Grade curricular/disciplinas que serão cursadas com carga horária *Certidão Negativa da Fazenda Municipal *Comprovante do valor total do curso e o valor de cada parcela/mensalidade *Comprovante de Matrícula *Boleto da mensalidade com valor líquido que será pago *Comprovante que o curso é registrado e aprovado pelo MEC *Folha de pagamento do último mês *Apresentar até dia 15 (quinze) de cada mês o comprovante de frequência e do curso para o recebimento da parcela do mês	
PARECER DA COMISSÃO (Não preencha, para uso da Comissão)	
___ Favorável ___ Contrário	
R\$ mensal _____ R\$ auxílio _____  Lages/SC, ___/___/___	Assinatura da Comissão _____  Assinatura do Presidente _____