|  |  |
| --- | --- |
| logo_ufscar_home | UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS - CECH****DEPARTAMENTO DE LETRAS**Rodovia Washington Luiz, Km 235 – Caixa Postal 67613565-905 – SÃO CARLOS/SP – BRASILdlufscar@gmail.com - www.dl.ufscar.brFone/Fax: (016) 3351-8358 |

**ANEXO**

**SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO PARA:**

( ) Eventos Científicos

( ) Ministrar Cursos

( ) Participar de Supervisão / Cooperação INTERINSTITUCIONAL

( ) Participar de Assessoria / Consultoria / Prestação de Serviços

( ) Atividades de Pesquisa

1. Identificação do solicitante

 Nome:

 Categoria Docente:

 Titulação: Doutor(a)

 Departamento:

2. Condições desta solicitação

 Período: de

 ( ) Integral

 ( ) Parcial, nos seguintes dias da semana

3. Informações sobre a atividade

 Denominação da atividade:

 Instituição de destino:

 Cidade: Estado/Pais:

 Entidade/órgão promotor(a):

4. Justificativa do solicitante para o presente afastamento:

 (anexar documentos comprobatórios)

5. Plano de custo do afastamento (fonte de financiamento)

**6. Percepção de Emolumentos**

 **( ) NÃO**

 **( ) SIM – Valor:**

1. **Deliberação Colegiados**

a) Chefe do Departamento

( ) deferido ( ) indeferido

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

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

Assinatura

b) **Deliberação do Conselho Departamental:**

c) **Deliberação do CoC-CECH**

(para afastamentos com duração superior a 5 dias e inferior ou igual a 30 dias).

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

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

Assinatura

d) **Ciência do CoPq**

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

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

Assinatura

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

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

**Assinatura do docente**

**MEC** **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO DO PAÍS**

 **INSTITUIÇÃO:** UFSCar **Inicial (** X **)**

 **Prorrogação (** **)**

**I. Informações Pessoais**

**1. NOME:**

**2. Filiação: Pai:**

 **Mãe:**

**3. Nascimento: Data: Local:**  **Estado:**

**4. IDENTIDADE: no** **Órgão Emissor:** **Data:**

**5. ESTADO CIVIL: Cônjuge:**

**6. NOME DE SOLTEIRA:**

**7. ENDEREÇO COMPLETO (iniciar pelo atual, citando três anteriores):**

**II. Escolaridade (Curso, Instituição, Local, Período, Títulos Obtidos)**

**Acumulação de Cargo:**  **Sim (** **)** **Não (** **)**

**Órgão:**

**Autorizado: Sim (** **)** **Não (** **)**

**Regime Jurídico Atual: (** **) Estatutário (** **) CLT**

**III. Qualificação Profissional (Atividades Profissionais – iniciar pela atual, indicando as anteriores).**

**Empregador Cargo/Função Nível Cidade/Estado Início Término**

## IV. Natureza do Afastamento

**Com ônus (** **) Ônus limitado (** **) Sem ônus (** **)**

#### V. Finalidade do Afastamento

**A) Aperfeiçoamento**

**Área do conhecimento:**

**Nível: Pós-doutorado (** **) Doutorado (** **)**

**Mestrado (** **) Especialização (** **)**

**Outro (** **)**

**Especificar:**

**Instituição (cidade-país):**

**Início:**  **Término:**

**Afastamento Anterior: (** **) Sim (** **) Não Período:**

**Ato que autorizou:**

**Apresentou relatório: (** **) Sim (** **) Não.**

**B) Intercâmbio e Missões**

**Natureza do evento:**

**Entidade:**

**Cidade:** **País:**

**Data de Início:** **Data de Término:**

**Apresentação de trabalho: (** **) Sim** **(** **)** **Não.**

**Título do trabalho:**

**VI. Custos do afastamento para instituições brasileiras**

**Salário e Encargos: R$**

**(** **) Diárias: número:** **Valor Unitário: US$:**

**(** **) Bolsa: número de parcelas:**  **Valor Unitário: US$:**

**Passagens: Categoria:** **Trecho:**

**Auxílio para instalação:**

**Órgão Financiador:**

#### VII. Interesse do Afastamento para a Instituição

**VIII. Aprovação do Afastamento**

**Aprovação do Colegiado:**

**APROVO: encaminha-se: Assinatura dirigente:**

**IX. Autorização**

**DOU: Data: Página:**