

**ESTADO DO PARANÁ**

SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

**Afastamento de Servidores Civis da
Administração Direta, Autarquia e Fundações
para participarem de cursos
(Decreto nº444/95) - 24/02/1995**

DESPACHO DO GOVERNADOR

DADOS PESSOAIS / FUNCIONAIS	01	Nome	RG
		Secretaria de Estado	
		Formação Profissional (curso regular concluído)	
		Cargo (s) e Nível (s) (em caso de acumulação citar todos)	
		Regime Jurídico	Fone
		Afastamento com	Função
		<input type="checkbox"/> 01 cargo:	Data de Admissão:
		<input type="checkbox"/> 02 cargos:	
DADOS SOBRE O CURSO / OBJETIVOS		Órgão / Unidade	
		Tempo de serviço no Órgão	Tempo de serviço no Cargo __ anos __ meses
	02	Nome do Curso	Nível
		Entidade Promotora	
		País / Estado / Cidade	
		Período de realização:	Carga Horária
		Objetivo / Finalidade do Curso	
		Custo do Curso:	
		Matricula:	Possui bolsa de Estudo?
		Mensalidade:	<input type="checkbox"/> SIM (indicar valor, abrangência e órgão patrocinador)
		Outras taxas:	_____
		Total:	<input type="checkbox"/> NÃO
	Afastamento requerido:		
	<input type="checkbox"/> Com Ônus -----Total		
	<input type="checkbox"/> Com Ônus Limitado ----Passagem:		
	Bolsa com auxílio:		
	Venc. e nº meses		
	Custo total :		
	<input type="checkbox"/> Sem Ônus		
	PROTOCOLO		

03	Curso de Graduação		
	Entidade Promotora		
	No período de :		Duração (hs):
	Nível:		
	Curso de Pós Graduação:		
	Entidade Promotora:		
	No período de :		Duração (hs):
	Nível:		
	Principais cursos realizados nos últimos 05 (cinco) anos (cite no máximo 5)		
	Curso	Carga Horária	Entidade Promotora
	Informações relativas a afastamentos autorizados para cursos, nos últimos anos (se houver)		
Curso	Carga Horária	Local	
		Data	
		de: a:	
		de: a:	
		de: a:	
		de: a:	
		de: a:	
		de: a:	
		de: a:	
04	Alterações ocorridas nos últimos 05 (cinco) anos (cargo, funções desempenhadas e local de trabalho)		
	Cite as atividades que exerce atualmente		

08	DESPESAS	VALOR MENSAL (incluindo encargos)	VALOR TOTAL (valor mensal x o nº de meses)
	VALOR GLOBAL : R\$		
GRHS OU SETOR DE RECURSOS HUMANOS DO ÓRGÃO DE ORIGEM	Declaro que as informações prestadas nos campos 01, 02, 03, 04 e 08, estão de acordo com os dados existentes neste setor.		
	Pronunciamento:		
	Encaminhe-se ao GFS ou Setor Financeiro em / / .		
	Assinatura / Carimbo:		
09	Indicar a existência de saldo para as despesas relacionadas no campo 02 deste formulário, apropriando o curso (custo do curso + custo total).		
GFS OU SETOR FINANCEIRO DO ÓRGÃO DE ORIGEM	Encaminhe-se ao Titular do órgão em / / .		
	Assinatura / Carimbo:		
10	<input type="checkbox"/> Favorável. Posicionamento quanto ao campo 02 (custo envolvido).		
TITULAR DA AUTARQUIA FUNDAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não favorável:		
	Encaminhe-se ao Secretário do órgão de origem em / / .		
	Assinatura / Carimbo:		
11	<input type="checkbox"/> Processo não favorável, comunique o requerente.		
SECRETARIO DO ÓRGÃO DE ORIGEM	<input type="checkbox"/> Processo favorável. Posicionamento quanto ao campo 02 (custo envolvido):		
	Retorne ao GRHS ou Setor de Recursos Humanos em / / .		
	Assinatura / Carimbo:		
12	Encaminhe-se à Secretaria de Estado da Administração / ESCOLA DE GOVERNO em / / .		
	Assinatura / Carimbo:		