



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS**

**PORTARIA CONJUNTA SESAU/FESP Nº003/2014
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO EM CURSO,
SEMINÁRIO, CONGRESSO, CONFERÊNCIA E OUTROS**

PROTOCOLO Nº

RECEBIDO EM ____/____/20____.

ASS: _____

1- DADOS DO SOLICITANTE

NOME:

FORMAÇÃO: CARGO/FUNÇÃO: LOTAÇÃO:

EFETIVO () NOMEADO () CONTRATADO () PROFISSIONAL RESIDENTE () PESQUISADOR ()

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM:

MATRICULA: CONTATO /TELEFONE:

TRABALHO: RESIDÊNCIA: CELULAR:

EMAIL:

2- INFORMAÇÕES DO EVENTO

NOME DO EVENTO:

INSTITUIÇÃO ORGANIZADORA: CIDADE: UF:

CARGA HORÁRIA TOTAL: PERÍODO DE DESLOCAMENTO:

ESPECIFICAÇÃO DO EVENTO:

() Curso c/ carga horária inferior a 360 horas () Seminário () Congresso
() Conferência () Reunião () Outros _____

3- DOCUMENTOS ANEXADOS

() PROSPECTO DO EVENTO (**OBRIGATÓRIO**) () FORMULÁRIO DE DIÁRIAS E PASSAGEM
() CÓPIA DO ÚLTIMO CONTRACHEQUE (**OBRIGATÓRIO**) () OUTROS _____
() RG E CPF (**OBRIGATÓRIO**)

4- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA/PRECEPTOR(A) COM JUSTIFICATIVA QUANTO A RELEVÂNCIA E AFINIDADE DO EVENTO COM O CARGO/FUNÇÃO QUE O SOLICITANTE OCUPA

() FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL

JUSTIFICATIVA (CAMPO OBRIGATÓRIO):

ASSINATURA/CARIMBO:

DATA:

5- SOLICITAÇÃO

() SOLICITAÇÃO COM ÔNUS () SOLICITAÇÃO SEM ÔNUS

6- DESPESAS

AS DESPESAS DE VIAGEM CORRERÃO POR CONTA:

() Interessado () FESP () SEMUS () Outros especificar: _____

ESPECIFICAR A SOLICITAÇÃO DO PAGAMENTO

PASSAGENS () SIM () NÃO PAGAMENTO DO CURSO () SIM () NÃO

DIÁRIAS () SIM () NÃO OUTROS:

TAXA DE INSCRIÇÃO () SIM () NÃO

() FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL

Obs.:

ASSINATURA/CARIMBO:

DATA

7- PARECER DA FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA (observar se o evento tem relação com o cargo ou função que o solicitante ocupa)

- O solicitante possui pendência junto à FESP? SIM NÃO
- O(a) solicitante foi liberado(a) para outros eventos com o prazo inferior a 90 (noventa) dias para a atual solicitação? SIM NÃO
- A temática do evento tem relação com o cargo/função do(a) solicitante? SIM NÃO
- O(a) solicitante foi indicado(a) pela gestão por desempenhar atividades estratégicas relativas à atividade educativa? SIM NÃO

OBS.:

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

ASSINATURA/ CARIMBO:

DATA:

8- PARECER COM JUSTIFICATIVA DA SUPERINTENDÊNCIA/DIRETORIA/COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA (observar se a liberação trará prejuízo ao serviço)

- A liberação do solicitante trará prejuízo ao serviço? SIM NÃO
- A temática do evento tem relação com o cargo/função? SIM NÃO
- O evento tem caráter técnico-institucional? SIM NÃO

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

OBS.: JUSTIFICATIVA EM CASO DE INDEFERIMENTO:

SEM REPOSIÇÃO DE CARGA HORÁRIA

COM REPOSIÇÃO DE CARGA HORÁRIA

ASSINATURA / CARIMBO:

DATA:

9- PARECER DO SECRETÁRIO/ PRESIDENTE DA FESP

FAVORÁVEL DESFAVORÁVEL

ASSINATURA/ CARIMBO:

DATA:

TERMO DE COMPROMISSO

Comprometo-me a:

- Apresentar à Fundação Escola de Saúde Pública, o certificado de participação, estando ciente de que a concessão da minha liberação refere-se ao período do evento, caso seja deferido;
- Ser facilitador, quando solicitado, de processos educacionais da Secretaria Municipal de Saúde que envolva o tema do referido curso;
- Estar ciente que a minha solicitação de liberação deverá ser protocolada na Fundação Escola de Saúde Pública, no prazo de 40 (quarenta) dias antes do evento.

Declaro ainda, ter pleno conhecimento da Portaria Conjunta SESAUFESP Nº 003, de 02 de setembro de 2014 cujo teor concorda, sem ressalva, com as regras estabelecidas para o período de afastamento e retorno.

Palmas, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) solicitante