

## REQUERIMENTO - HORÁRIO PARA AUTOCAPACITAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

Siape:

Cargo:

Câmpus de Exercício:

E-mail Institucional:

Telefone do Setor:

Setor/Sigla:

### DADOS DA ESOLARIDADE

ESCOLARIDADE DO REQUERENTE: Indique sua maior escolaridade

- |                          |                    |                          |                        |                          |               |                          |                |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Ensino Fundamental | <input type="checkbox"/> | Ensino Médio / Técnico | <input type="checkbox"/> | Graduação     | <input type="checkbox"/> | Especialização |
| <input type="checkbox"/> | Mestrado           | <input type="checkbox"/> | Doutorado              | <input type="checkbox"/> | Pós-Doutorado |                          |                |

Curso:

ESCOLARIDADE PRETENDIDA: CURSO MATRICULADO

- |                          |                    |                          |                        |                          |               |                          |                |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Ensino Fundamental | <input type="checkbox"/> | Ensino Médio / Técnico | <input type="checkbox"/> | Graduação     | <input type="checkbox"/> | Especialização |
| <input type="checkbox"/> | Mestrado           | <input type="checkbox"/> | Doutorado              | <input type="checkbox"/> | Pós-Doutorado |                          |                |

Curso:

Turno de Realização do curso:

Período cursado:

\_\_/\_\_/\_\_

a

\_\_/\_\_/\_\_

Período a ser cursado:

\_\_/\_\_/\_\_

a

\_\_/\_\_/\_\_

Instituição:

CNPJ:

\_\_\_\_.\_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_

Endereço eletrônico da Instituição:

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

1. Atestado de Matrícula;
2. Currículo atualizado do Banco de Talentos extraído do SIGEP,
3. PDP-Plano de Desenvolvimento de Pessoal destacando a necessidade da ação de desenvolvimento.

### DADOS DA JORNADA DE TRABALHO

Jornada Atual:  20 horas  40 horas  Outra: XX horas

### JORNADA DE TRABALHO PRETENDIDA

\_\_\_ Horas semanais. Devido destinação de \_\_\_ horas para qualificação profissional para cursar \_\_\_\_\_

Resolução IFSP nº 54 de 06/08/2019 :

I - limite de até 12 horas para Ensino Fundamental, Médio, Técnico, Superior, Formação Pedagógica ou Especialização;

II- limite de até 20 horas para Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

É participante do Teletrabalho?

- Não
- Sim, em Regime de Execução Integral
- Sim, em Regime de Execução Parcial

### HORARIO DE TRABALHO PRETENDIDO - CASO SUA CHEFIA IMEDIATA ACEITE SUA SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO PARA AUTOCPACIAÇÃO

Dia da Semana	Presencial	Remoto	HORÁRIO DE TRABALHO (início e término da jornada diária)	HORÁRIO DE INTERVALO DE REFEIÇÃO (obrigatório em jornadas de 8 horas diárias, sendo no mínimo 1 hora e, no máximo, 3 horas)
Segunda-Feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__h__a__h__	__h__a__h__
Terça-Feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__h__a__h__	__h__a__h__
Quarta-Feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__h__a__h__	__h__a__h__
Quinta-Feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__h__a__h__	__h__a__h__
Sexta-Feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__h__a__h__	__h__a__h__
Sábado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__h__a__h__	__h__a__h__

VIGÊNCIA DO HORÁRIO DE TRABALHO: não poderá ser com data retroativa

A PARTIR DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DO SERVIDOR

Ao assinar este requerimento, declaro que:

1. Comprometo-me a apresentar comprovante de matrícula semestral ou anual, dependendo do regime de matrícula da instituição ofertante do curso, bem como apresentar comprovante que demonstre a frequência regular do curso.

São Paulo, \_\_\_\_\_

*Assinatura do servidor*

*Assinatura da Chefia do Servidor*

*Assinatura da Diretor Adjunto*

*Assinatura da Direção Geral*

#### PROCEDIMENTOS:

Entregar na DGP-SPO

*Fundamentação Legal: Resolução IFSP nº 54 de 06/09/2019 e Portaria IFSP nº 2530 de 10/04/2021.*