**ANEXO I   
  
PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS**( Conforme Resolução nº 13/2015)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** | | | | |
| 1.1. Nome do Servidor: | | | 1.2. CPF: | |
| 1.3. Câmpus Uruaçu | 1.4. Departamento/Setor de Lotação: | 1.5. Cargo: | | 1.6. Regime de Trabalho: |
| 1.7. Ingresso no IFG: | 1.8. Titulação: | 1.9. Área de atuação: | | |
| 1.10. Endereço de correspondência: | | | | |
| 1.11. Bairro: | 1.12. Cidade: | 1.13. UF: | | 1.14. CEP: |
| 1.15. E-mail institucional | | 1.16. E-mail pessoal: | | |
| 1.17. Ramal no IFG: | 1.18. Telefone Residencial: | 1.19. Celular: | | |
| 1.20. Banco: | 1.21 Número do banco: | 1.22. Número da agência: | | 1.23. Número da conta |
| 1.23. Já recebeu auxílio financeiro do PROCAP este ano? ( ) Sim ( ) Não | | 1.24 Em caso afirmativo, informe a data do último auxílio recebido: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. DADOS DO CURSO** | | |
| 2.1. Nome do Curso: | | |
| 2.2. Local de Realização: | 2.3. Período de Realização: | 2.4. Carga Horária : |
| 2.5. Instituição ou Entidade Promotora do Evento ou Curso: | | |
| 2.6. Solicitou auxílio de outra Instituição? ( ) Sim ( ) Não | | 2.5. Em caso afirmativo, informe o nome da Instituição: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. IMPACTO DO CURSO NO TRABALHO DESENVOLVIDO EM SEU AMBIENTE ORGANIZACIONAL** | | | |
| Descrever de forma clara e concisa as mudanças que poderão ocorrer no trabalho desenvolvido pelo servidor em seu ambiente de trabalho a partir da realização do curso solicitado. | | | |
| 4. PLANILHA DE CUSTOS | | | |
| Descrição | Quantidade | Valor Unitário (R$) | Valor Total (R$) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. COMPROMISSO DAS DECLARAÇÕES** | | |
| Declaro estar ciente e atender aos requisitos previstos no At. 6º da Resolução CONSUP/IFG n° 13/2015 e no item 2 do Edital PROCAP nº 21/2023 do Câmpus Uruaçu, necessários para solicitação de bolsa de auxílio do IFG para participação em cursos para capacitação/aperfeiçoamento.  O presente formulário expressa a verdade e assumo inteira responsabilidade pelas informações aqui prestadas. | | |
| 5.1. Local | 5.2. Data | 5.3. Assinatura: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6. CONCORDÂNCIA DA CHEFIA IMEDIATA** | | |
| Declaro estar ciente da presente solicitação de participação em cursos, e que está solicitação atende ao previsto na Resolução CONSUP/IFG n° 13/2015 e no item 2 do Edital PROCAP nº 21/2023 do Câmpus Uruaçu, assim como está diretamente relacionada às atividades desenvolvidas no IFG pelo servidor.  Declaro, ainda, que todas as providências necessárias para que tal participação não afete as atividades do servidor na Instituição já foram tomadas. | | |
| 6.1. Local | 6.2. Data | 6.3. Assinatura    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da chefia |

ANEXO II  
 NADA CONSTA - PROGRAMAS GERIDOS PELO CAMPUS URUAÇU

|  |  |
| --- | --- |
| SERVIDOR: | SIAPE: |
| CARGO: | CPF: |
| LOTAÇÃO: | |
| DATA: |  |
| Assinatura do(a) servidor(a) |

|  |
| --- |
| **CHEFIA DE GABINETE**  Informamos que o servidor não possui débitos referentes à prestação de contas de diárias e passagens emitidas pelo Câmpus.  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável |

|  |
| --- |
| **GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO**  Informamos que o servidor não possui débitos referentes à prestação de contas pela utilização de recursos geridos por este setor.  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável |

|  |
| --- |
| **GERÊNCIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - GEPPEX**  Informamos que o servidor não possui débitos referentes à prestação de contas nos programas geridos pela GEPPEX.  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável |

|  |
| --- |
| **DEPARTAMENTO DAS ÁREAS ACADÊMICAS**  Informamos que o servidor não possui débitos referentes à prestação de contas em programas/diárias geridos por este Departamento.  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável |

|  |
| --- |
| **COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E ASSISTÊNCIA SOCIAL**  Informação que o servidor não possui pendências relacionadas ao Programa de Apoio à Capacitação de curta Duração de Servidores (PROCAP).  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável |

**ANEXO III**

SERVIDOR:   
Matrícula: Cargo:   
Data de Ingresso no Cargo:  
Curso Pretendido:

**Tabela de Pontuação**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **PONTUAÇÃO** | **TOTAL DE PONTOS** |
| Servidor NÃO recebeu o auxílio PROCAP no ano anterior. | 5,00 |  |
| Participou da organização e/ou realização de eventos institucionais do Câmpus Uruaçu, nos últimos 24 meses.  Obs.: Deve ser apresentada a comprovação da atividade, sendo: Declaração da Geppex, DAA ou Direção-Geral. | 1,0 por evento Obs: Até o limite máximo de 10 pontos |  |
| Participação em comissão ou grupos de trabalho no IFG nos últimos 24 meses.  Obs.: Deve ser apresentada a comprovação da atividade, sendo: Portaria, Circular ou Declaração da Direção-Geral. | 1,0 por comissão ou GT Obs: Até o limite máximo de 10 pontos |  |
| **TOTAL DE PONTOS** | |  |

**ANEXO IV**

**MODELO DE FORMULÁRIO DE RECURSO**

|  |
| --- |
| Recurso ao **Edital PROCAP/IFG nº 21, de 7 de novembro de 2023 – Campus Uruaçu** Nome: Nº Processo de Inscrição: |
| Recurso contra (marcar com um ‘X’):  ( ) Resultado preliminar das inscrições deferidas/indeferidas;  ( ) Resultado preliminar da seleção |
| Fundamentação e argumentação lógica: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Data:\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ANEXO V**

**TERMO DE DESISTÊNCIA**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor(a) do Câmpus Uruaçu do IFG, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que estou ciente de que fui contemplado(a) com o valor de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Edital n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, porém manifesto minha desistência do PROCAP/IFG que me foi concedido pelo motivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Uruaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023

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

**Assinatura do(a) servidor(a)**

**ANEXO VI**

**FORMULÁRIO DE ANÁLISE DA CRHAS**

Solicitante:

Curso:

Local do Curso:

Data de início do curso:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANÁLISE | SIM | NÃO |
| Abriu processo tempestivamente |  |  |
| O formulário próprio para solicitação de auxílio financeiro está devidamente preenchido e assinado pelo solicitante |  |  |
| Foram apresentadas informações detalhadas sobre o curso, tais como:  objetivos, local de realização e programação |  |  |
| Foram apresentados os orçamentos dos itens (passagens e taxa de inscrição) |  |  |
| Solicitou auxílio financeiro de outra instituição ou agência de fomento |  |  |
| Se positivo, anexou declaração com o detalhamento desta solicitação |  |  |

**ANÁLISE FINAL**

Documentação completa ( ) Sim ( ) Não

|  |  |
| --- | --- |
| Observações: | |
| Assinatura: | Data: |

**ANEXO VII  
  
RELATÓRIO DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS  
 (Prestação de contas)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** | | | | | |
| Nome: | | | | | SIAPE: |
| Cargo: | | | | |  |
| Câmpus Uruaçu Lotação: | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CURSO** | | | | | |
| Curso: | | | | | |
| Início: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | Término: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | Evento na cidade de origem?  ( ) Sim ( ) Não | |
|  | | | | | |
| **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O CURSO OU EVENTO E APRESENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS DA CAPACITAÇÃO** | | | | | |
| Data | Atividades | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| Avaliação da capacitação realizada: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Relação dos documentos comprobatórios apensados ao processo | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Servidor | | |