



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal Catarinense

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VAGA REMANESCENTE - LICENÇA CAPACITAÇÃO

Item I - Dados Pessoais

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Matrícula SIAPE: _____

Cargo: _____

Data de efetivo exercício no serviço público federal: ____/____/____

Data de efetivo exercício no cargo atual: ____/____/____

Campus de lotação: _____

E-mail: _____ Telefone: () _____

Esclarecimento

Este edital visa atender ao Decreto 9.991/2019 e suas alterações dadas pelo Decreto 10.506/2020 que limita a 5% o número de servidores(as) afastados(as) simultaneamente em Licença Capacitação. Sendo assim, foram pré-fixados os períodos disponíveis para usufruto da mesma a fim de evitar que em alguns períodos o percentual não seja atingido.

Para tanto, o(a) servidor(a) deverá informar quantos dias de licença pretende usufruir e qual o período predileto para usufruto da licença.

A classificação no presente edital não substitui o requerimento de licença capacitação junto ao setor competente, bem como não é garantia da concessão da mesma.

É imprescindível que o(a) servidor(a) tenha completado o quinquênio até um dia antes da data prevista de concessão da licença capacitação para que a mesma possa ser efetivada.



Item II - Período de Licença Capacitação

Solicito licença capacitação referente ao quinquênio compreendido entre:

____/____/____ a ____/____/____

Item III - Opções de Data

Quantidade de dias e período predileto

- 30 dias** (01 parcela de 30 dias)
- 60 dias** (01 parcela de 60 dias)
- 60 dias** (02 parcelas de 30 dias cada. Respeitar o interstício mínimo de 60 dias entre cada parcela)
- 90 dias** (01 parcela de 90 dias)
- 90 dias** (02 parcelas, uma de 30 e outra de 60 dias. Respeitar o interstício mínimo de 60 dias entre cada parcela)

30/06/2024 a 29/07/2024

30/07/2024 a 28/08/2024

29/08/2024 a 27/09/2024

28/09/2024 a 27/10/2024

28/10/2024 a 26/11/2024

27/11/2024 a 26/12/2024

Caso o saldo de dias seja diferente de 30, 60 ou 90 dias, informe suas opções na próxima página deste formulário.

Uso exclusivo para servidores(as) que possuem saldos de licença diferentes de 30, 60 ou 90 dias. Exemplo saldo de 15 dias ou 45 dias.

Desejo usufruir _____ dias (01 parcela de _____ dias)

Período predileto iniciando em
() 30/06/2024
() 30/07/2024
() 29/08/2024
() 28/09/2024
() 28/10/2024
() 27/11/2024

Assinale a data em que pretende iniciar a Licença Capacitação, lembrando que o último dia de licença não deve ultrapassar o dia **26/12/2024**.

Item IV - Declaração sobre as opções de períodos de licença

() Declaro que tenho interesse somente na(s) opção(ões) de períodos de licença capacitação assinalada(s) no presente formulário. E que conseqüentemente serei desclassificado(a) caso, no momento da distribuição de vagas, conforme minha posição na tabela de classificação, o período não esteja mais disponível.

() Declaro que tenho interesse em outras opções de períodos de licença capacitação caso as opções assinaladas não estejam disponíveis, autorizando a DGP a entrar em contato para oferta de opções disponíveis.

**Este formulário deverá ser enviado para o e-mail concessoes@ifc.edu.br.
Anexar ao e-mail a anuência da chefia imediata
(pode ser por e-mail ou memorando eletrônico)**

A solicitação de reserva de vagas remanescentes deverá ser feita com, no mínimo, 35 dias de antecedência da data pretendida para início da Licença Capacitação.