**PROPOSTA DE AÇÃO DE CAPACITAÇÃO**

**1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1. Nome da Ação de Capacitação:** | |
| **1.2. Forma de Capacitação**  ( ) Curso; ( ) Palestra; ( ) Aprendizagem em serviço; ( ) Treinamento em Serviço; ( ) Oficina de trabalho/Workshop. | |
| **Modalidade:** ( ) Presencial; ( ) Semipresencial; ( ) A distância. | |
| **Período do curso:** | **Dias da semana**: |
| **Horário sugerido:** | |
| **Local da execução da atividade:** | |
| **Período de Inscrição**  **Data de início:**  **Data de término:** | |
| **Carga horária total:** | |
| **Número de participantes**: **mínimo: máximo:** | |
| **Público-alvo**: | |

**2. JUSTIFICATIVA**

Identificar de que modo a ação de capacitação desenvolverá competências específicas do setor de trabalho*.*

|  |
| --- |
|  |

**3. OBJETIVOS DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO**

|  |
| --- |
|  |

**4. PLANO DE CURSO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.1 Ementa**  **4.2 Conteúdo programático** (separado por instrutor , caso haja dois ou mais,com carga horária individualizada - Separar o conteúdo programático por **unidades** e indicar as **datas** planejadas para realização de cada unidade)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **CONTEÚDO PROGRAMÁTICO** | **CARGA HORÁRIA** | **INSTRUTOR** | **DATAS** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | TOTAL |  |  |  |   **4.3 Metodologia**(Caso o solicitante seja o instrutor - Incluir informações concernentes a materiais didáticos a serem utilizados pelos alunos).  **4.4 Avaliação**  **4.5 Recursos materiais** |

**5. DADOS DOS INSTRUTORES**

**5.1 Instrutores internos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSTRUTOR** |  | |
| **Contato:** | **e-mail:** | |
| **MATRÍCULA UFRN** |  | **TITULAÇÃO:** |
| **CPF** |  | |
| **CARGA-HORÁRIA** |  | |
| **Valor total do pagamento**  **PREENCHIDO PELA DCEP** |  | |
| **Aspectos Financeiros**  ( ) sem movimento de recursos financeiros  ( ) com movimento de recursos financeiros (pagamento de Instrutor) | | |

**5.2 Instrutores externos**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUTOR 01** |  |
| **TITULAÇÃO** |  |
| **CPF** |  |
| **PIS/PASEP** |  |
| **CARGA-HORÁRIA TRABALHADA** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **ENDEREÇO** |  |
| **DATA DE NASCIMENTO** |  |
| **TELEFONE** |  |
| **EMPRESA/INSTITUIÇÃO** |  |
| **CARGO** |  |
| **Para fins de pagamento precisamos das seguintes informações** | |
| Grau Acadêmico: |  |
| Data de Início do último título de formação: |  |
| Data de Término do último título de formação |  |
| Título do Trabalho: |  |
| Entidade/Instituição: |  |
| País: |  |
| Área de Conhecimento: |  |
| Orientador: |  |
| Cópia do Diploma (da última formação) |  |
| **Valor total do pagamento**  **PREENCHIDO PELA DCEP** |  |
| **Aspectos Financeiros**  ( ) sem movimento de recursos financeiros  ( ) com movimento de recursos financeiros (pagamento de Instrutor)  **Agência bancária:**  **Conta-corrente:**  **Nome do banco** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anuência do Gestor da Unidade (apenas quando for demanda específica)**  A atividade descrita na proposta contribui para o desenvolvimento dos servidores lotados no setor. Assim, autorizo a participação dos servidores da lista de frequência abaixo a participar da atividade.  **Assinatura do gestor** | | | |
| LISTA DE PARTICIPANTES | | | |
| **Nome** | | | **Cargo** |
| 01 |  | |  |
| 02 |  | |  |
| 03 |  | |  |
| 04 |  | |  |
| 05 |  | |  |
| 06 |  | |  |
| 07 |  | |  |
| 08 |  | |  |
| 09 |  | |  |
| 10 |  | |  |
| 11 |  | |  |
| 12 |  | |  |
| 13 |  | |  |
| 14 |  | |  |
| 15 |  | |  |
| 16 |  | |  |
| 17 |  | |  |
| 18 |  | |  |
| 19 |  | |  |
| 20 |  | |  |
| **Lista de dados necessários ao cadastro de participantes externos** | | | |
| **NOME (COMPLETO, LEGÍVEL, DE PREFERÊNCIA EM LETRA DE FORMA)** | |  | |
| **NOME DA MÃE (COMPLETO, LEGÍVEL, DE PREFERÊNCIA EM LETRA DE FORMA)** | |  | |
| **CPF** | |  | |
| **RG** | |  | |
| **DATA DE NASCIMENTO** | |  | |
| **TELEFONE** | |  | |
| **MATRICULA (Caso seja aluno)** | |  | |
| **LOTAÇÃO** | |  | |
| **E-MAIL** | |  | |
| **CARGO** | |  | |
| **INSTITUIÇÃO QUE TRABALHA** | |  | |

**Data:**

**Assinatura/carimbo do Coordenador da Ação de Capacitação (pode ser digitalizada)**