**ANEXO I - REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO PARA CURSAR PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* OU ESTÁGIO PÓS-DOUTORAL**

* Dever ser protocolado com, no mínimo, 30 dias de antecedência do início do afastamento.
* Preencher todos os campos sem abreviaturas
* Em caso de DÚVIDA, ligue (68) 3901-2627 ou [coapg.ufac@gmail.com](mailto:coapg.ufac@gmail.com)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. SERVIDOR** | | | | | | | |
| * 1. Nome completo: | | | | | | | |
| 1.2 Técnico Administrativo ( ) Docente ( ) | | | | 1.3 Cargo: | | | |
| 1.4 Regime de Trabalho: | | | 1.5 Lotação: | | | | |
| 1.6 Endereço para correspondência (na cidade em que será realizado o curso): | | | | | | | |
| Bairro: | Cidade: | | | UF: | | | CEP: |
| 1.7 Telefone: | | 1.8 Celular: | | | | 1.9 E-mail: | |
| 1.10 E-mail alternativo: | | | | 1.11 Link do Lattes: | | | |
| 1.12 Data de Ingresso na Ufac: | | | | |  | | |
| 1.13 Irá dedicar-se exclusivamente à pós-graduação ou estágio pós-doutoral: Sim ( ) Não ( ) | | | | | | | |
| 1.14 Já recebeu concessão de afastamento da Ufac para pós-graduação ou estágio pós-doutoral:  Não ( ) Sim ( ): Nível: | | | | | | | |
| 1.15 No caso de SIM, informe o período do último afastamento: de a | | | | | | | |
| 1.16 Possui vínculo com Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Ufac: Sim ( ) Não ( ) | | | | | | | |
| 1.17 No caso de SIM, informe o tipo de vínculo e nome do Programa: | | | | | | | |
| 1.18 Período requerido para o afastamento (observar os critérios e limites estabelecidos na Resolução):  de a . | | | | | | | |
| 1.19 Finalidade do afastamento: cursar os créditos do programa ( ) elaborar dissertação ou tese ( )  realizar o pós-doutoramento ( ) | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO/ESTÁGIO PÓS-DOUTORAL** | | | | |
| 2.1 Instituição de Ensino: | | | | |
| 2.2. Nível do curso: | 2.3 Nome do Curso: | | | |
| 2.4 Nome do Coordenador: | | | | 2.5 Telefone: |
| 2.6 E-mail: | | | 2.7 Site: | |
| 2.8 Grande área (CAPES): | | | | |
| 2.9 Área de concentração (CAPES): | | | | |
| 2.10 Conceito da última avaliação CAPES: | | | | |
| 2.11: Curso: no Brasil ( ) no Exterior ( ) especifique: | | | | |
| 2.12 Data de início do curso: | | 2.13 Previsão de Término: | | |

|  |
| --- |
| **3. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO** (justificar a impossibilidade de realizar o curso apenas com a concessão de horário especial) |
|  |

|  |
| --- |
| **4. O REQUERENTE APRESENTOU OS ANEXOS OBRIGATÓRIOS (**para uso do Diretor de Centro/Unidade de Lotação*,* **NÃO PREENCHER):** |
| 4.1 ( ) Plano de Trabalho Individual ou Projeto de Pesquisa;  4.2 ( ) Manifestação da Unidade de Lotação embasada no seu PQS;  4.3 ( ) Planilha elaborada pela unidade de lotação, contendo a distribuição de carga horária do servidor em atividades de ensino;  4.4 ( ) Termo de Compromisso e Responsabilidade;  4.5 ( ) Certidão de tempo de serviço emitida pela PRODGEP;  4.6 ( ) Aceite da Instituição de destino;  4.7 ( ) Ata de deliberação da Unidade de Lotação para o afastamento;  4.8 ( ) Formulário do Plano de Qualificação (PQS) preenchido pela Unidade de Lotação;  Observação: Para técnico administrativo não são necessários os itens 4.3 e 4.7.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura sob carimbo do responsável pela conferência na Unidade de Lotação* |

|  |
| --- |
| 5**. COMPROMISSO DAS DECLARAÇÕES** |
| O presente formulário expressa a verdade e assumo inteira responsabilidade pelas informações.  Nestes termos,  Pede Deferimento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  *Local e data*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura do Requerente* |

**ANEXO II - REQUERIMENTO PARA SUSPENSÃO DE AFASTAMENTO**

* Dever ser protocolado antes de expirado o prazo do afastamento concedido.
* Preencher todos os campos sem abreviaturas
* Em caso de DÚVIDA, ligue (68) 3901-2627 ou [coapg.ufac@gmail.com](mailto:coapg.ufac@gmail.com)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. SERVIDOR** | | | | | | |
| * 1. Nome completo: | | | | | | |
| 1.2 Técnico Administrativo ( ) Docente ( ) | | | | 1.3 Cargo: | | |
| 1.4 Regime de Trabalho: | | | 1.5 Lotação: | | | |
| 1.6 Endereço para correspondência (na cidade em que está realizando o curso): | | | | | | |
| Bairro: | Cidade: | | | UF: | | CEP: |
| 1.7 Telefone: | | 1.8 Celular: | | | 1.9 E-mail: | |
| 1.10 E-mail alternativo: | | | | 1.11 Link do Lattes: | | |
| 1.12 Período de afastamento concedido inicialmente: | | | | | | |
| 1.13 Número da Portaria que concedeu o afastamento[[1]](#footnote-1): | | | | | | |

|  |
| --- |
| **2.** Venho requerer a suspensão do meu afastamento para participação em programa de pós-graduação *stricto sensu* ou de estágio pós-doutoral, em conformidade com as normativas vigentes, por motivo de: |
| **2.1 JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO[[2]](#footnote-2):** |
|  |

|  |
| --- |
| 3**. COMPROMISSO DAS DECLARAÇÕES** |
| Estou ciente que o prazo máximo de afastamento, considerando o período de suspensão, não poderá ultrapassar 36 (trinta e seis) meses, no caso de Mestrado, e 60 (sessenta) meses, no caso de Doutorado.  O presente formulário expressa a verdade e assumo inteira responsabilidade pelas informações.  Nestes termos,  Pede Deferimento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  *Local e data*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura do Requerente* |

**ANEXO III - REQUERIMENTO PARA REATIVAÇÃO DE AFASTAMENTO SUSPENSO**

* Dever ser protocolado antes de ultrapassado o prazo máximo para cada modalidade.
* Preencher todos os campos sem abreviaturas
* Em caso de DÚVIDA, ligue (68) 3901-2627 ou [coapg.ufac@gmail.com](mailto:coapg.ufac@gmail.com)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. SERVIDOR** | | | | | | |
| * 1. Nome completo: | | | | | | |
| 1.2 Técnico Administrativo ( ) Docente ( ) | | | | 1.3 Cargo: | | |
| 1.4 Regime de Trabalho: | | | 1.5 Lotação: | | | |
| 1.6 Endereço para correspondência (na cidade em que será realizado o curso): | | | | | | |
| Bairro: | Cidade: | | | UF: | | CEP: |
| 1.7 Telefone: | | 1.8 Celular: | | | 1.9 E-mail: | |
| 1.10 E-mail alternativo: | | | | 1.11 Link do Lattes: | | |
| 1.12 Período de afastamento concedido inicialmente: | | | | | | |
| 1.13 Número da Portaria que concedeu o afastamento[[3]](#footnote-3): | | | | | | |
| 1.14 Período de Suspensão: | | | | | | |
| 1.15 Número da Portaria que concedeu a suspensão[[4]](#footnote-4): | | | | | | |
| 1.16 Período restante de afastamento: | | | | | | |

|  |
| --- |
| **2.** Venho requerer a reativação do meu afastamento suspenso para participação em programa de pós-graduação *stricto sensu* ou de estágio pós-doutoral, em conformidade com as normativas vigentes. |
| **2.1 JUSTIFICATIVA DA REATIVAÇÃO:** |
|  |

|  |
| --- |
| 3**. COMPROMISSO DAS DECLARAÇÕES** |
| Estou ciente que o prazo máximo de afastamento, considerando o período de suspensão, não poderá ultrapassar 36 (trinta e seis) meses, no caso de Mestrado, e 60 (sessenta) meses, no caso de Doutorado.  O presente formulário expressa a verdade e assumo inteira responsabilidade pelas informações.  Nestes termos,  Pede Deferimento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  *Local e data*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura do Requerente* |

**ANEXO IV - REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO**

* Dever ser protocolado antes de expirado o prazo do afastamento concedido.
* Preencher todos os campos sem abreviaturas
* Em caso de DÚVIDA, ligue (68) 3901-2627 ou [coapg.ufac@gmail.com](mailto:coapg.ufac@gmail.com)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. SERVIDOR** | | | | | | |
| * 1. Nome completo: | | | | | | |
| 1.2 Técnico Administrativo ( ) Docente ( ) | | | | 1.3 Cargo: | | |
| 1.4 Regime de Trabalho: | | | 1.5 Lotação: | | | |
| 1.6 Endereço para correspondência (na cidade em que está realizando o curso): | | | | | | |
| Bairro: | Cidade: | | | UF: | | CEP: |
| 1.7 Telefone: | | 1.8 Celular: | | | 1.9 E-mail: | |
| 1.10 E-mail alternativo: | | | | 1.11 Link do Lattes: | | |
| 1.12 Período de afastamento concedido inicialmente: | | | | | | |
| 1.13 Número da Portaria que concedeu o afastamento[[5]](#footnote-5): | | | | | | |
| 1.14 Período que requer prorrogação[[6]](#footnote-6): | | | | | | |

|  |
| --- |
| **2. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:** |
|  |

|  |
| --- |
| 3**. COMPROMISSO DAS DECLARAÇÕES** |
| O presente formulário expressa a verdade e assumo inteira responsabilidade pelas informações.  Nestes termos,  Pede Deferimento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  *Local e data*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura do Requerente* |

**ANEXO V - TERMO DE COMPROMISSO PARA CONCESSÃO DE AFASTAMENTO PARA CURSAR PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* OU ESTÁGIO PÓS-DOUTORAL**

## TERMO DE COMPROMISSO COM FORÇA DE ADIÇÃO AO CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO, FIRMANDO COM A UFAC, QUE MENCIONA.

Pelo presente instrumento particular ao termo aditivo ao contrato de trabalho, eu **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** brasileiro, estado civil, servidor público federal, CPF nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** RG nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** SSP/**, email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** fone (68) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, rua\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_– Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** ocupante do cargo de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_**, P**adrão \_\_\_\_\_**, matrícula **SIAPE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, do Quadro de Pessoal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Universidade Federal do Acre, lotado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, tendo sido selecionado e devidamente autorizado pela Universidade Federal do Acre a realizar Curso de Pós–Graduação, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_, noPrograma de Pós-Graduação \_\_\_\_\_\_\_\_, na Universidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na **área de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, com previsão de saída para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e conclusão em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que conheço e cumprirei todas as disposições contidas no Estatuto e Regimento Geral da UFAC, no RJU e suas normas complementares na Resolução nº...................**,** assumindo, por conseguinte, os seguintes compromissos:

**01** – De afastar-me desta IFE, com direito para cursar pós-graduação, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**02** – De servir a Universidade Federal do Acre, após a conclusão do curso acima referido, por **período igual ou superior ao do tempo em que ficar afastado**, sob pena de tornar-me devedor a FUFAC pela importância total recebida em remuneração e bolsas de estudo enquanto durar o afastamento, acrescido de juros legais, monetariamente corrigidos;

**03** – De não pleitear, salvo se houver interesse da Universidade, novo afastamento enquanto não houver cumprido o prazo a que refere a cláusula anterior;

**04 –** De enviar à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação os documentos exigidos, conforme resolução de afastamento, sob as penalidades previstas em lei.

**05** – De não mudar de área de estudos ou de Instituição sem prévia autorização da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, ouvido o Centro Acadêmico ou Unidade Administrativa a que está vinculada, sob pena de suspensão ou interrupção do afastamento;

**06** – Não interromper, ou abandonar o curso, salvo justa causa, impossibilidade manifesta ou força maior;

**07 –** De ressarcir essa IFE em todos os gastos por ela realizados, caso interrompa, abandone ou deixe de concluir o curso que estou fazendo sem que haja justa causa, impossibilidade manifesta ou força maior, devidamente comprovadas, nos termos da resolução de afastamento e da lei;

**08** – De apresentar à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação cópia do Diploma, ata de defesa de Tese ou Certificado de conclusão, emitidos pela Coordenação do Curso ou Órgão competente da Instituição em que realizei a Pós-Graduação, e 02 (dois) exemplares de minha Tese, sendo um impresso e um eletrônico, Histórico Escolar, Ata de Defesa ou Certificado de Conclusão**.**

**09** – De apresentar-me nesta IFE, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a conclusão ou expiração do curso ou expiração do prazo de afastamento;

**10** – O presente instrumento tem força de aditivo ao contrato de trabalho inicialmente firmado, o qual fica fazendo parte deste e para a solução de todas as pendências dele decorrentes, elege o foro da Cidade de Rio Branco, Capital do Estado do Acre, sede da FUFAC, em razão de que, firmo o presente perante o Magnífico Reitor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Acre, \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_.

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Compromissado

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

### Reitor Prof. Dr. Minoru Martins Kinpara

TESTEMUNHAS:

01 – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

02 – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO VI - REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO PARA CURSAR PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU INTERINSTITUCIONAL (MINTER/DINTER)**

* Dever ser protocolado com, no mínimo, 30 dias de antecedência do início do afastamento.
* Preencher todos os campos sem abreviaturas
* Em caso de DÚVIDA, ligue (68) 3901-2627 ou [coapg.ufac@gmail.com](mailto:coapg.ufac@gmail.com)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. COORDENADOR OPERACIONAL** | | | | | | |
| * 1. Nome completo: | | | | | | |
| 1.2 Técnico Administrativo ( ) Docente ( ) | | | | 1.3 Cargo: | | |
| 1.4 Regime de Trabalho: | | | 1.5 Lotação: | | | |
| 1.6 Endereço para correspondência: | | | | | | |
| Bairro: | Cidade: | | | UF: | | CEP: |
| 1.7 Telefone: | | 1.8 Celular: | | | 1.9 E-mail: | |
| 1.10 E-mail alternativo: | | | | 1.11 Link do Lattes: | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | | | |
| 2.1 Instituição de Ensino: | | | | |
| 2.2. Nível do curso: | 2.3 Nome do Curso: | | | |
| 2.4 Nome do Coordenador: | | | | 2.5 Telefone: |
| 2.6 E-mail: | | | 2.7 Site: | |
| 2.8 Grande área (CAPES): | | | | |
| 2.9 Área de concentração (CAPES): | | | | |
| 2.10 Conceito da última avaliação CAPES: | | | | |
| 2.11: Curso: no Brasil ( ) no Exterior ( ) especifique: | | | | |
| 2.12 Data de início do curso: | | 2.13 Previsão de Término: | | |
| 2.13 ***Período de afastamento solicitado***: | | | | |

|  |
| --- |
| **3. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. RELAÇÃO DE PÓS-GRADUANDOS A SEREM AFASTADOS:** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **5. ANEXOS OBRIGATÓRIOS (**para uso da Diretoria de Pós-Graduação*,* **NÃO PREENCHER):** |
| 5.1 ( ) Termo de Compromisso e Responsabilidade de cada pós-graduando;  5.2 ( ) Certidão de tempo de serviço emitida pela PRODGEP de cada pós-graduando;  5.3 ( ) Projeto de Minter ou Dinter aprovado pela Capes.  **Observação:**   |  | | --- | |  |   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura sob carimbo do responsável pela conferência na Diretoria de Pós-Graduação* |

|  |
| --- |
| 6**. COMPROMISSO DAS DECLARAÇÕES** |
| O presente formulário expressa a verdade e assumo inteira responsabilidade pelas informações.  Nestes termos,  Pede Deferimento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  *Local e data*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura do Coordenador Operacional* |

1. Obrigatório anexar cópia da portaria de afastamento. [↑](#footnote-ref-1)
2. Anexar:

   Atestado médico apreciado por junta médica oficial ou documentação comprobatória.

   Comprovante da suspensão do requerente junto à coordenação do programa de pós-graduação ao qual está vinculado. [↑](#footnote-ref-2)
3. Obrigatório anexar cópia da portaria de afastamento. [↑](#footnote-ref-3)
4. Obrigatório anexar cópia da portaria que concedeu a suspensão. [↑](#footnote-ref-4)
5. Obrigatório anexar cópia da portaria de afastamento. [↑](#footnote-ref-5)
6. O prazo máximo de afastamento, computado a prorrogação, é de:

   a) até vinte e quatro meses, para mestrado;

   b) até quarenta e oito meses, para doutorado;

   c) até sessenta meses para doutorado direto, conforme normas estabelecidas pela CAPES.

   d) até 12 meses para estágio pós-doutoral. [↑](#footnote-ref-6)