



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB, Fone: 83 3315 3385

SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO

Ao Sr(a). Pró-Reitor(a) de Pós-Graduação e Pesquisa.
Solicito autorização para afastamento e concessão do abaixo pleiteado.

1 - DADOS PESSOAIS:

| | | |
|-----------------|-----------|---------|
| NOME: | | |
| MATRÍCULA: | TELEFONE: | E-MAIL: |
| CATEGORIA: | LOTAÇÃO: | |
| DESTINO/TRECHO: | | |

2 - FINALIDADE DO AFASTAMENTO:

INICIAL PRORROGAÇÃO NO PAÍS NO EXTERIOR

APERFEIÇOAMENTO / ÁREA DE CONHECIMENTO:

NÍVEL: Pós-Doc. Doutorado Doutorado Sanduíche Mestrado Especialização Licença Sabática

| | | |
|---|---|-----|
| NOME DO CURSO: | | |
| INSTITUIÇÃO: | | |
| CIDADE: | PAÍS: | UF: |
| DURAÇÃO (meses): | Período: ___/___/___ a ___/___/___ | |
| PARTICIPAÇÃO EM: | | |
| <input type="checkbox"/> Evento Científico <input type="checkbox"/> Intercâmbio <input type="checkbox"/> Missões <input type="checkbox"/> Outro | | |
| INSTITUIÇÃO: | | |
| CIDADE: | PAÍS: | UF: |
| DATA DE INÍCIO (incluindo trânsito): ___/___/___ | DATA DE TÉRMINO (incluindo trânsito): ___/___/___ | |

3 - DOCUMENTOS ANEXADOS (De acordo com a RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/065/2014):

Requerimento Geral Certidão Tempo de Serviço fornecida pela PROGEP Documento de Aceitação ou Matrícula
 Termo de Compromisso Registrado em Cartório Plano de Estudo Manifestação do Departamento e Centro
 Demonstrativo assegurando a continuidade das atividades realizadas pelo servidor

4 - CONCESSÃO:

| |
|---|
| COM ÔNUS: <input type="checkbox"/> ÓRGÃO FINANCIADOR <input type="checkbox"/> CAPES <input type="checkbox"/> CNPq <input type="checkbox"/> UEPB <input type="checkbox"/> OUTROS (especificar) _____ |
| CONCESSÃO: <input type="checkbox"/> Passagens <input type="checkbox"/> Diárias <input type="checkbox"/> Hospedagem <input type="checkbox"/> Taxa de Inscrição |
| <input type="checkbox"/> ÔNUS LIMITADO (apenas manutenção dos vencimentos e vantagens do cargo ou do emprego) |
| <input type="checkbox"/> SEM ÔNUS |

Local e Data _____, ___/___/___

Assinatura do(a) Professor(a) _____