



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

NOME DO CURSO:		
INSTITUIÇÃO:		
CIDADE:	PAÍS:	UF:
DURAÇÃO (meses):	Período: ___/___/___ a ___/___/___	

PARTICIPAÇÃO EM:

Evento Científico Intercâmbio Missões 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:

<input type="checkbox"/> COM ÔNUS: 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)