



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
NÚCLEO DE CAPACITAÇÃO

ANEXO I

**PROGRAMA DE APOIO À QUALIFICAÇÃO DE SERVIDORES(AS) 2019
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA SERVIDORES(AS) CONTEMPLADOS NO PAQ 2018**

1 DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS

Nome completo:	
Nome social:	
Matrícula SIAPE:	Data de nascimento: ____/____/____
CPF:	Tel.: ()
E-mail:	
<i>Campus</i> de lotação:	Setor:
Cargo:	
Se for docente, informar a área de atuação no IF Baiano, de acordo com a subárea de conhecimento (nível 3) da classificação da CAPES*:	
Horário de trabalho:	
Data de entrada em exercício no IF Baiano: ____/____/____	
Recebe bolsa de agência ou de empresa pública para o curso pleiteado? () SIM () NÃO Em caso afirmativo, indique de qual agência ou empresa:	
Descrição das atividades / atuação do(a) servidor(a) no Instituto:	

2 DADOS SOBRE O CURSO

Nome do curso:	
Instituição de ensino:	
Tipo de instituição: () Pública () Privada	
Para os cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> , informar a subárea de conhecimento (nível 3) da classificação da CAPES*:	
Nível de formação oferecido pelo curso: () Ensino fundamental () Ensino médio/técnico () Graduação () Pós-graduação <i>lato sensu</i> () Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Mestrado) () Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Doutorado) () Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Pós-doutorado)	
Início do curso:	Previsão de término do curso:
Semestres cursados até o lançamento do Edital do <i>Programa de apoio à qualificação de servidores(as) 2019</i> :	
Curso: () Presencial () Semipresencial () A distância. Caso seja presencial ou semipresencial, informar a cidade:	
Horário do curso:	

3 DADOS BANCÁRIOS PARA RECEBIMENTO DO APOIO

Banco:	
Agência:	Conta-corrente:

A veracidade das informações apresentadas neste formulário é de inteira responsabilidade do proponente. O preenchimento de informações falsas, verificadas a qualquer tempo, implicará desclassificação e devolução do recurso recebido.

DECLARO concordar com as normas estabelecidas no Edital nº 124/2019.

_____, _____.
(local) (data)

Assinatura

*A tabela de áreas do conhecimento da CAPES está disponível no *link*
http://www.capes.gov.br/images/documentos/documentos_diversos_2017/TabelaAreasConhecimento_072012_atualizada_2017_v2.pdf