



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CONSELHO UNIVERSITÁRIO
CÂMARA DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO I - REQUERIMENTO PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS EXTERNOS

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Ministério da Educação
Universidade Federal da Fronteira Sul

Identificação						
Servidor				SIAPE		
Setor Lotação				Campus		
Chefia Imediata				Email:		
Dados sobre o evento						
Nome do evento						
Instituição Promotora						
Período de Realização	de		até		Local(Cidade/UF)	
Forma de liberação	Requerido		Parecer (Preenchido pela Chefia)			
	(Preenchido servidor)		Deferido	Indeferido	Assinatura Chefia	
Com ônus	Diárias					
	Passagens					
	Inscrição					
Com ônus limitado						
Sem ônus						
Indicação do Centro de Custos para custeio das despesas, no caso da liberação com ônus. (autorizado pela Chefia)						
Justificativa:						
Local e Data			Assinatura e carimbo do requerente			
Parecer da Chefia:						
Local e Data			Assinatura e Carimbo da Chefia			



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CONSELHO UNIVERSITÁRIO
CÂMARA DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO II - AVALIAÇÃO DE REAÇÃO

Curso:											
Instrutor:											
Data: de		/		até							
/		/		Carga horária:							
				horas							
Sua opinião é fundamental para o aperfeiçoamento contínuo dos processos. Observe que não há identificação do respondente. Agradecemos por sua colaboração.											
1	O curso tem relação direta com o que eu faço?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não						
2	O ambiente era adequado?	<input type="checkbox"/>	Bom	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Ruim				
	Sem Barulhos/Ruídos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
	Iluminação	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
	Sonorização	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
	Projektor	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
	Quadro/Painel - para escrita	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
	Algum comentário:	Sem comentário = 0									
3	Você considera que conseguiu adquirir o conhecimento proposto para o curso?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não						
4	Você participou de alguma dinâmica?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não						
5	As explicações foram claras e objetivas?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não						
6	Você se acha capaz de repassar as informações recebidas?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não						
7	Você já participou de algum curso que envolvesse o conteúdo tratado neste curso?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não						
8	Você acha que o tempo gasto no curso foi suficiente para o conteúdo proposto?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não						
9	O esclarecimento de dúvidas foi:	<input type="checkbox"/>	Não houve espaço	<input type="checkbox"/>	Adequado	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Inadequado		
10	A data proposta para o curso foi:	<input type="checkbox"/>	Adequada	<input type="checkbox"/>	Inadequada	porque:					
11	Que nota você daria para o curso, assinale?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
			Menos Favorável					Mais Favorável			
12	Observações, sugestões:										



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CONSELHO UNIVERSITÁRIO
CÂMARA DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO III - PROJETO DE CAPACITAÇÃO

Projeto de Capacitação	
Identificação	
Proponente (s):	Campus:
Responsável:	Lotação:
Caracterização do Problema:	
Público-alvo:	
Justificativa:	
Metodologia:	
Objetivo Geral:	
Objetivos Específicos:	
Cronograma sugerido:	
Conteúdo Programático:	
Material didático a ser utilizado:	
O material a ser utilizado é inédito (Art. 74) Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	
O material será:	Fornecido aos participantes por meio eletrônico
	Adquirido pelos participantes
Observações:	
Carga horária sugerida:	
Instrutores sugeridos:	
Local/Data:	
_____	_____
Cidade, data.	Carimbo/Assinatura Responsável pelo Projeto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CONSELHO UNIVERSITÁRIO
CÂMARA DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO IV – FICHA DE FREQUENCIA

FICHA DE FREQUÊNCIA			Turno	Manhã
Curso		DATA		Tarde
Ministrante		__/__/__		Noite
Nº	Nome Completo - Legível	Setor de Lotação	Assinatura	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				

UFFFS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CONSELHO UNIVERSITÁRIO
CÂMARA DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO VI

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Ministério da Educação
Universidade Federal da Fronteira Sul

TERMO DE COMPROMISSO

Eu _____, servidor (a)
da UFFS no cargo de _____
matrícula SIAPE nº _____, lotado (a) na
_____, comprometo-me em
não ultrapassar às 120 horas/ano no curso e concurso, em conformidade com o Art. 76-
A da Lei 8.112/90.

Cidade, ____ de _____ de 2_____.

Servidor (a)

UFFS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CONSELHO UNIVERSITÁRIO
CÂMARA DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO VII

**DECLARAÇÃO DE CARGA HORÁRIA REALIZADA EM INSTRUTORIA
E COMPENSAÇÃO DE HORÁRIOS**

Declaro que no mês de _____ no ano de _____, ministrei aulas da disciplina de _____, totalizando horas/aula ministradas.

Em conformidade com o disposto no Art. 76A da Lei 8112/1990, que rege a compensação de carga horária quando desempenhadas durante a jornada de trabalho. Declaro que:

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____
Nome Completo:
SIAPE:

Homologação da Chefia:

Assinatura: _____
Nome completo:
Cargo:
SIAPE:

UFFFS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CONSELHO UNIVERSITÁRIO
CÂMARA DE ADMINISTRAÇÃO

CRONOGRAMA DE COMPENSAÇÃO DE HORÁRIOS

Servidor:

Lotação:

Informação sobre os horários em que ministrei a capacitação:

Dia	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã					
Tarde					
Noite					

Informação sobre os horários da minha jornada de trabalho:

Dia	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã					
Tarde					
Noite					

Cronograma de Compensação:

Data (DD/MM/AA)	Manhã Entrada/Saída	Tarde Entrada/Saída	Noite Entrada/Saída	Total de horas

Homologação da Chefia:

Assinatura da chefia: _____

Nome da chefia: _____

SIAPE da chefia: _____