**RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

**Licença Capacitação para Curso de Capacitação / Evento de Curta Duração**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A):** | | |
| **MATRÍCULA SIAPE:** | **UNIDADE DE LOTAÇÃO:** | |
| **PERÍODO DO AFASTAMENTO:** | **PORTARIA** **Nº** | |
|  |  |
|  | | |
| **AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** | | |
| **NOME DA AÇÃO:** | | |
| **INSTITUIÇÃO PROMOTORA:** | **ÁREA DE CONHECIMENTO:** | |
| **MODALIDADE**  Presencial Semipresencial A distância | **DATA DE CONCLUSÃO:** | |
|  | | |
| **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS** | | |
| Apresentar cronograma de execução e descrição das atividades desenvolvidas | | |

|  |
| --- |
| **CONTRIBUIÇÕES DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO IFPB** |
| Relatar as contribuições que os resultados obtidos no período de afastamento para capacitação trarão no retorno ao exercício profissional no IFPB, em conformidade com os objetivos e finalidades da instituição e a natureza do cargo exercido. |

**OBS.:**

1. O servidor deve anexar a este documento:

1. certificado ou declaração de participação na capacitação realizada;
2. no caso de curso conjugado com atividades práticas em posto de trabalho ou com realização de atividade voluntária: declaração da Instituição comprovando as atividades exercidas e ficha de frequência devidamente atestada pelo representante da instituição onde ocorreram as atividades.
3. comprovante do cumprimento da ação de disseminação do conhecimento adquirido (ata de reunião, lista de frequência etc.).
4. Este documento deve ser assinado pelo servidor e por sua chefia imediata.

**<cidade>**, **dia** de **mês** de **ano**.

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

Assinatura do(a) servidor(a) Assinatura da Chefia imediata