



SENADO FEDERAL

REQUERIMENTO DE ADICIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO

1. Regulamentação do Adicional de Especialização: Ato do 1º Secretário nº 9/2012. Observe as áreas de interesse do Senado Federal: APS nº 3/2014, combinado com o ACJ nº 1/2016.
2. Preencha este formulário e salve as alterações em PDF.
3. Cadastre o documento no SIGAD e anexe este formulário preenchido como arquivo digital. Assine com sua assinatura eletrônica e, se for o caso, solicite assinatura ao seu chefe imediato (através do recurso "definir assinaturas").
4. Digitalize o original de sua documentação comprobatória e faça o upload como anexo no documento do SIGAD. **(Observação: A assinatura eletrônica do interessado, se servidor EFETIVO ou COMISSIONADO, dispensa a certificação ICP-Brasil).**
5. Anote o NUP do documento (número de identificação). Tramite o documento para o SEPROT para autuação e, após, envio ao ILB.

1. IDENTIFICAÇÃO

Servidor(a) efetivo(a) ativo(a)

Servidor(a) efetivo(a) aposentado(a)

Nome completo: _____ Matrícula: _____

Cargo (categoria e especialidade): _____ Ramal: _____

Pensionista Civil

Nome: _____

Nome do(a) servidor(a)/instituidor(a): _____

Matrícula: _____ Telefone para contato: (____) _____

E-mail: _____

2. CURSO DE: (anexar cópia autenticada - frente e verso - dos documentos)

- Doutorado (Máximo de um curso. Documento: diploma com reconhecimento do MEC)

Nome do curso: _____

Instituição: _____ Início: _____ Término: _____

- Mestrado (Máximo de um curso. Documento: diploma com reconhecimento do MEC)

Nome do curso: _____

Instituição: _____ Início: _____ Término: _____

- Pós-graduação (Carga horária mínima: 360 horas. Máximo de dois cursos.

Documento: diploma ou certificado com reconhecimento do MEC)

1. Nome do curso: _____ Carga horária: _____

Instituição: _____ Início: _____ Término: _____

2. Nome do curso: _____ Carga horária: _____

Instituição: _____ Início: _____ Término: _____

- Graduação (Máximo de dois cursos. Documento: diploma com reconhecimento do MEC)

1. Nome do curso: _____

Instituição: _____ Início: _____ Término: _____

2. Nome do curso: _____

Instituição: _____ Início: _____ Término: _____

- Treinamento (Carga horária mínima: 60 horas. Máximo de 1 curso por ano e 12 no total. Documento: certificado)

1. Nome do curso: _____ Carga horária: _____

Instituição: _____ Início: _____ Término: _____

2. Nome do curso: _____ Carga horária: _____

Instituição: _____ Início: _____ Término: _____

Em _____ / _____ / _____

Assinatura



CORRELAÇÃO COM AS ATIVIDADES LABORAIS

Caso a ação de capacitação realizada não esteja contemplada para o cargo do servidor na Matriz de Correlação ou no Anexo II do Ato Conjunto DGER/ILB/SEGP nº 1/2016 (disciplinas comuns a todas as especialidades), havendo compatibilidade com as atividades laborais exercidas, solicite ao Chefe Imediato que preencha os campos a seguir.

De acordo com o inciso IV do art. 2º do APS nº 3/2014, a configuração da compatibilidade entre a ação de capacitação e as atividades laborais exercidas pelo requerente deve estar demonstrada no momento em que for protocolado o requerimento ou na data de início da ação de capacitação.

A descrição das efetivas atividades laborais exercidas pelo requerente dar-se-á por meio do formulário abaixo, com justificativa do chefe imediato, subscrito pelo diretor da Secretaria ou pelo Senador a que se subordina/subordinava o servidor (art. 2º, §3º, APS nº 3/2014 c/c art. 5º, §2º, Anexo IV, RASF).

Instruções:

1. A compatibilidade pode ser verificada em 2 momentos:
 - a) na data de protocolo do requerimento; ou
 - b) na data de início da ação de capacitação.
2. O chefe imediato da época verificada no item anterior deve descrever as efetivas atividades laborais exercidas pelo requerente.
3. O documento deve ser subscrito pelo diretor da Secretaria ou pelo Senador.

1. NOME DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO

2. JUSTIFICATIVA DO CHEFE IMEDIATO

Descrição das efetivas atividades laborais exercidas pelo requerente:

Demonstre a correlação da ação de capacitação com as atividades desenvolvidas pelo requerente:

Em ____/____/____

Assinatura do chefe imediato
(com carimbo)

Assinatura do(a) Diretor(a) ou Senador(a)
(com carimbo)