



# PLANO ANUAL DE CAPACITAÇÃO

Termo de compromisso

Anexo I

## TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente termo de compromisso, eu										
						RG				
CPF					SIAPE			Cargo		
E-mail					Telefone					
com lotação no (a)						com o propósito de participar curso/evento				
						Escolaridade				
Oferecido pelo Plano Anual de Capacitação do IFPA, a ser realizado no período de										
	a		no horário de		às		e		às	
Atividades desenvolvidas na instituição										
Que critério foi adotado para participação neste curso? <input type="checkbox"/> Indicação da chefia imediata <input type="checkbox"/> Sugestão do plano de capacitação do IFPA <input type="checkbox"/> Iniciativa própria <input type="checkbox"/> Outro. Qual?										
Qual seu nível de conhecimento sobre o assunto a ser ministrado no curso/evento <input type="checkbox"/> Aprofundado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Superficial										
Apresenta necessidades especiais? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?										
Comprometo-me a concluir o referido evento de aprendizagem com a frequência mínima exigida, de 80%, bem como estou ciente de que a não conclusão do referido Programa, se não justificada em tempo hábil, 3 (três) dias úteis, implicará na impossibilidade de ser selecionado em futuros eventos de aprendizagem pelo prazo de nove meses a partir da data de conclusão do curso, bem como responder Processo Administrativo para fins de ressarcimento ao erário, relativos a capacitação, deslocamento e estadia. <b>Não é permitido ao servidor faltar no primeiro dia de aula</b> , sob pena de ser automaticamente eliminado do curso.										

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local / Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do servidor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do agente de capacitação

\_\_\_\_\_  
Assinatura da chefia imediata

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data