

**REQUERIMENTO PARA LICENÇA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL**

**I – IDENTIFICAÇÃO**

Nome atual: \_\_\_\_\_  
Nome de solteira: \_\_\_\_\_  
Filiação – Mãe: \_\_\_\_\_  
Mat. Funcional: \_\_\_\_\_ Mat. SEFAZ: \_\_\_\_\_ Cargo(s): 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_  
CPF : \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
End. Residencial: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Lotação: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CRE: \_\_\_\_\_

**II – INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR**

Tem vínculo empregatício com outras Instituições? ( ) sim ( ) não  
Em caso afirmativo, relacioná-lo (s) abaixo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III – DADOS SOBRE O CURSO**

1. Nome da Instituição: \_\_\_\_\_  
2. Endereço: \_\_\_\_\_  
3. Nome do curso: \_\_\_\_\_  
4. Área: \_\_\_\_\_  
5. Natureza do Curso:  Doutorado  Mestrado  
6. Tempo Duração: De \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Local Data

Assinatura

**IV - Para acompanhamento da L.A.P. o servidor deverá encaminhar ao Núcleo de Gestão de Pessoas:**

• **Supervisão de Licenças:**

- Declaração de que o aluno está devidamente matriculado (1º semestre até 15 de julho e 2º semestre até 15 de dezembro – durante todo o período de vigência da licença.
- **Cópia da ata de defesa ou Certificado de conclusão até 30 dias após a data defesa.**
- **O servidor deverá retornar imediatamente às funções, anteriormente ao termino da licença, caso ocorra às situações abaixo.**

- \*Após a defesa da dissertação/tese;
- \* Abandono do curso;

**V – AUTORIDADE REQUERIDA**

**VI – NÚCLEO DE GESTÃO DE PESSOAS – NUGESP**

O (a) Servidor (a) é detentor (a) do (s) cargo (s):

1º Cargo \_\_\_\_\_ Admitido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2º Cargo \_\_\_\_\_ Admitido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Informante

\_\_\_\_\_  
Chefe do Núcleo

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- Requerimento em formulário próprio da SEDUC;
- Comprovante de aprovação no curso;
- Comprovante de matrícula atualizado;
- Declaração do Programa de pós-graduação estabelecendo o início e término do curso;
- Documento comprobatório do Programa de Mestrado/Doutorado informando a carga horária presencial e a carga horária por acompanhamento à distância, de acordo com a Portaria nº-1284/2017-GAB/SEDUCE.
- Pré-projeto e/ou projeto de pesquisa e/ou plano de trabalho, devidamente, anuído e assinado pelo requerente, orientador e/ou coordenador do programa, de acordo com a Portaria nº 1284/2017 – GAB/SEDUCE.
- Credenciamento do curso (CAPES);
- Documentos pessoais: Carteira de Identidade, CPF, Título de Eleitor e Contracheque;
- Termo de Compromisso, conforme determina o artigo 116 § 3º da Lei nº 13.909/01;
- Cópia autenticada do diploma de graduação;
- Monitoramento das licenças concedidas por unidade.
- Declaração da Gestão imediata sobre os procedimentos da substituição do servidor (a)
- Manifestação do(a) Coordenador(a) - CRE
- **OBS.: A Portaria nº 1284/2017 – Encontra-se no site [www.seduc.go.gov.br](http://www.seduc.go.gov.br)**

## TERMO DE COMPROMISSO

Eu \_\_\_\_\_

Brasileiro (a) professor (a), portador (a) da carteira de Identidade Nº \_\_\_\_\_

SSP/ \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_

Lotado no (a) \_\_\_\_\_ CRE de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, em

COMPROMETO, NOS TERMOS DO §3º do art.116 da Lei nº 13.909, de 25 de setembro de 2001 (Estatuto do Magistério), retornar ao Magistério Público Estadual e assumir minhas funções junto a Secretária da Educação, pelo prazo igual ao da duração do curso de Aprimoramento Profissional ou restituir, atualizado monetariamente, os vencimentos e vantagens que houve percebido durante meu afastamento, caso desista ou descumpra a obrigação assumida.

E por ser este Termo a Expressão da verdade, assino-o na presença de duas testemunhas

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura (a) do Servidor (a) com firma reconhecida

### Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Licença para aprimoramento profissional  
Monitoramento - Licenças Concedidas por unidade escolar**

CRE: \_\_\_\_\_

Unidade Escolar: \_\_\_\_\_

Nº total de professores lotados na unidade escolar: \_\_\_\_\_ Nº de Professores licenciados para aprimoramento profissional: \_\_\_\_\_

Nome Professor	Cargo /Função	Carga horária	Disciplina	Período da licença		Nível		Área do Curso	IES
				Início	Término	Mestrado	Doutorado		

Assinatura do Diretor: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_