|  |  |
| --- | --- |
| **SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO**  **À PARTICIPAÇÃO OU REALIZAÇÃO DE EVENTOS** | |
| Nome do Associado: |  |
| Categoria Ocupacional: | Gestor de [...] |
| Lotação: |  |
| Titulação máxima (graduação; especialização; mestrado; doutorado) |  |
| Link do Currículo Lattes  (se possuir) |  |
| CPF: |  |
| Documento de Identificação: |  |
| Órgão Emissor: |  |
| Data de Nascimento: |  |
| Sexo: |  |
| Endereço: |  |
| Bairro: |  |
| CEP: |  |
| Cidade: |  |
| UF: |  |
| E-mail: |  |
| Telefone Comercial: |  |
| Telefone Celular: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| |  |  | | --- | --- | | **DADOS DA PROPOSTA** | | | 01. Título da Ação |  | | 02. Modalidade da Ação (Participação ou Organização) |  | | 03. Data de inicio e fim do evento |  | | 04. Localização do evento (cidade) |  | | 05. Site do evento (se houver) |  | | 06. Justificativa (importância do evento no aperfeiçoamento e qualificação). Máximo 400 palavras |  | | 07. Objetivos (Máximo 200 palavras) |  | | 08. Relação do tema principal da ação com as áreas de atuação dos Gestores Governamentais (Máximo 200 palavras) |  | | 09. Resultados práticos (aplicação dos conhecimentos no contexto de trabalho) (Máximo 200 palavras) |  | | 10. Potenciais Benefícios para a Carreira (Máximo 200 palavras) |  | | 11. Plano de Divulgação (especificar as formas de divulgação previstas para o evento e como se dará fará menção ao apoio dado pelo Sindicato dos Gestores Governamentais de Goiás) (Máximo 400 palavras) |  | | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| |  |  | | --- | --- | | **ANEXAR AO PRESENTE FORMULÁRIO** | | | **Para a modalidade**  **Participação em Capacitação** | **Para a modalidade**  **Organização de Capacitação** | | * Programação detalhada do evento; * Currículo(s) do(s) palestrante(s); * Indicação do valor da taxa de inscrição | * Programação detalhada do evento; * Currículo(s) do(s) palestrante(s); * Manifestação de aceite ou ciência do(s) palestrante(s) acerca de sua participação | | |

|  |
| --- |
| **[A SER PREENCHIDO SOMENTE PARA A MODALIDADE DE ORGANIZAÇÃO DE AÇÃO DE CAPACITAÇÃO]** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITENS FINANCIÁVEIS – ORÇAMENTO DETALHADO** | | | | |
| **Item** | **Especificação do Item** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Valor Total** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL GERAL** | | | |  |

**Declaração de Responsabilidade**

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, me comprometendo a comprová-las, caso seja exigido, e a prestar contas dos recursos recebidos, em caso de aprovação da proposta. Declaro, ainda, não ter recebido apoio para esta modalidade de benefício pelo SINDIGESTOR nos últimos 2 (dois) anos e estou em dia com as contribuições de associado. Também, declaro não estar em situação de inadimplência quanto à prestações de contas de propostas aprovadas anteriormente.

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

Assinatura