

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO SEMI-ÁRIDO**

**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

**FORMULÁRIO DE INTERRUPÇÃO DE LICENÇA CAPACITAÇÃO**

| **IDENTIFICAÇÃO** | |
| --- | --- |
| Nome: | Matrícula SIAPE: |
| Endereço: | |
| E-mail Institucional: | Telefone: |
| Cargo/Emprego/Função: | Código/Nível/Referência: |
| Lotação: | |
| **SOLICITAÇÃO DE INTERRUPÇÃO DA LICENÇA CAPACITAÇÃO** | |
| (Apresentação da justificativa) | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do servidor(a) requerente