



UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
COORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E AVALIAÇÃO
COORDENADORIA DE GESTÃO DE COMPETÊNCIAS

FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO EM CURSO DE CAPACITAÇÃO

(Preencher e entregar na Secretaria da PRGDP, com a assinatura da chefia)

Nome: _____

Cargo: _____

Departamento / Setor: _____

Telefone (trabalho): _____

Telefone (celular): _____

E-mail: _____

Tendo sido indicado(a) e autorizado(a) pelo chefe do departamento/setor, solicito a inscrição no
CURSO: _____

Justifico a importância da minha participação, conforme segue:

Lavras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) servidor(a)

Assinatura e carimbo do chefe de depto/setor

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO EM CURSO DE CAPACITAÇÃO PRGDP/UFLA

NOME: _____

CURSO: _____

RECEBIDO EM: ____/____/____ POR: _____