



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE EVENTOS DE CAPACITAÇÃO POR ENTIDADES PÚBLICAS DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SOCIEDADE CIVIL

1. NOME DO CURSO:

2. LOCAL (especificar a sala pretendida), DATA E HORÁRIO:

3. NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO / ALINHAMENTO COM O PLANO ANUAL DE CAPACITAÇÃO:

Que problemas ou prejuízos para a instituição, servidores ou alunos esse curso de capacitação visa atenuar? (liste o máximo que conseguir)

Que resultados positivos ou benefícios para a instituição, servidores ou alunos esse curso de capacitação visa produzir? (liste o máximo que conseguir)

4. OBJETIVO(S) DO CURSO:



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

5. PÚBLICO-ALVO DE SERVIDORES:	6. NÚMERO ESTIMADO DE VAGAS:
7. ABRANGÊNCIA: Em quais unidades do IFC será ministrado esse curso?	
8. HAVERÁ CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
9. ASSUNTOS OU TEMAS A SEREM ABORDADOS (caso haja mais de um instrutor, especificar o conteúdo que cada um ministrará e a carga horária correspondente):	
10. BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA (se houver):	
11. MODALIDADE: <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> a distância	12. CARGA HORÁRIA TOTAL:
13. TÉCNICAS DE ENSINO: <input type="checkbox"/> aula expositiva <input type="checkbox"/> grupo de discussão <input type="checkbox"/> videoconferência Outras:	14. EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS: <input type="checkbox"/> Projetor <input type="checkbox"/> Computador Outros:



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

15. MINISTRANTE(S) DO CURSO:

Nome:

CPF:

Instituição de origem:

Campus:

Setor em que trabalha:

Cargo ocupado:

Formação Acadêmica:

E-mail:

Telefone:

Nome:

CPF:

Instituição de origem:

Campus:

Setor em que trabalha:

Cargo ocupado:

Formação Acadêmica:

E-mail:

Telefone:

16. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Responsável pela submissão do pedido:

Entidade:

E-mail:

Telefone