Classificação: Reservado

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITAÇÃO DE PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO** | | | | | | | | |  | Cemig D p&b | |
|  | | | | | | | | |  |  | |
| **Título do programa:** | | | | | | | | | | | |
| **Local de realização:** | | | | | | | | | | | |
| **Cidade:** | | | | | | | | **Estado:** | | | |
| **Período:**    /    /      a    /    / | | | | | | | | **Carga horária:** | | | |
| **Entidade promotora:** | | | | | | | | **CNPJ:** | | | |
| **Endereço:** | | | | | | | | | | | |
| **Telefone:** | | | | | **E-mail:** | | | | | | |
| **Contato:** | | | | | | | | | | | |
| **Nº de participantes** | **Despesas** | **Custo unitário** | | | | | **Custo total**  **(100%)** | | | | |
|  | Curso |  | | | | |  | | | | |
|  | Transporte |  | | | | |  | | | | |
|  | Hospedagem |  | | | | |  | | | | |
| **TOTAL GERAL** | | | | | | |  | | | | |
| **Participantes indicados**  **(acima de 8 participantes, encaminhar lista anexa)** | | | **NP** | **Órgão** | | **Título do cargo** | | **Nível cargo**  **(PTAO, PU ou Cargo de Liderança)** | | | **Empresa**  **D, GT ou H?** |
|  | | |  |  | |  | |  | | | CEMIG |
|  | | |  |  | |  | |  | | | CEMIG |
|  | | |  |  | |  | |  | | | CEMIG |
|  | | |  |  | |  | |  | | | CEMIG |
|  | | |  |  | |  | |  | | | CEMIG |
|  | | |  |  | |  | |  | | | CEMIG |
|  | | |  |  | |  | |  | | | CEMIG |
|  | | |  |  | |  | |  | | | CEMIG |
| **Objeto coletor de custo das despesas adicionais (hospedagem, alimentação, transporte):** | | | | | | | | | | | |
| **Anexar a este formulário:**   1. Relatório com os **resultados esperados para a área e para a Cemig pela participação do(s) empregado(s) no Programa** (Melhoria dos Resultados, Redução de custos, etc.). Indicar o ganho pretendido. 2. Como será feita a verificação se os resultados foram alcançados. 3. Prospecto do Programa de Capacitação e Desenvolvimento com informações sobre a(s) data(s) de realização, conteúdo programático, agenda, etc.   **APROVAÇÕES** | | | | | | | | | | | |
| Necessárias assinaturas: Gerente da área solicitante  Superintendente ou Diretor Estatutário da área solicitante  Gerente da DGP/PD e/ou Diretor Adjunto de Gestão de Pessoas e Serviços Corporativos | | | | | | | | | | | |

R-1848 – Anexo I da IP-7.7 Revisão:03/2021