

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Programa Institucional de Cursos de Capacitação e Aperfeiçoamento Profissional (Piccap)

Nome do **responsável pela seleção**: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Declaro que realizei a seleção do(a) aluno(a) abaixo identificado(a) para participação do Programa Institucional de Cursos de Capacitação e Aperfeiçoamento Profissional (Piccap) descrito a seguir, utilizando os seguintes instrumentos:

<input type="checkbox"/> Análise curricular	<input type="checkbox"/> Carta de recomendações	<input type="checkbox"/> Carta de intenções
<input type="checkbox"/> Entrevista	<input type="checkbox"/> Prova	<input type="checkbox"/> Outros:

Nome do **candidato aprovado**: \_\_\_\_\_

Nome do curso: \_\_\_\_\_

Data de início:	Data de término:
-----------------	------------------

Declaro, ainda, que o(a) profissional abaixo será o(a) preceptor(a) responsável pelo acompanhamento técnico e pedagógico do(a) aluno(a) durante o curso:

Nome do **Preceptor(a)**: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Por fim, o(a) chefe do serviço/unidade, identificado(a) abaixo, está ciente e de acordo com a realização das atividades no serviço indicado, assumindo corresponsabilidade institucional pelo processo formativo do(a) aluno(a).

Nome do **Serviço/Unidade**: \_\_\_\_\_

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

<b>Responsável pela seleção</b> Assinatura e carimbo*	<b>Preceptor(a) do aluno(a)</b> Assinatura e carimbo*	<b>Chefe do Serviço/Unidade</b> Assinatura e carimbo*
--	--	--

\*As assinaturas podem ser efetuadas em formato digital, através do [gov.br](http://gov.br).