



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas
CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145 Sapucaia do Sul - RS
CEP:93210-120 Fone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

ANEXO I

SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO PARA FORMAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL

TIPO DE INCENTIVO:

() ABONO DE PONTO

AUXÍLIO FINANCEIRO: () INSCRIÇÃO () PASSAGENS () HOSPEDAGEM

Nome do Trabalhador: _____

Cargo: _____

Matrícula: _____

Setor/ Unidade: _____

Telefone para contato: _____

E-mail para contato: _____

Atividade de Interesse (título da atividade) *: _____

Entidade organizadora: _____

Carga Horária: _____

Período: _____

Justificativa de participação (relação com o cargo/ função atual. Redija justificativa que indique a relevância da participação): _____

*ANEXAR DOCUMENTOS DA PROGRAMAÇÃO OFICIAL DO EVENTO E BOLETO

Trabalhador Solicitante

Chefia Responsável

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300
Hospital Municipal de São José do Norte - (53) 3238.1565 / UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526
UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas
CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145 Sapucaia do Sul - RS
CEP:93210-120 Fone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____
declaro ciência de que, quando certificado(a) em atividade incentivada pela FHGV, fico comprometido(a) a contribuir com os conhecimentos adquiridos na atividade em questão, podendo ser convocado(a), a qualquer momento, a multiplicar os conhecimentos em atividades para formação interna da Instituição.

Estou ciente de que minha recusa acarretará na penalidade disciplinar.

Trabalhador Solicitante

Chefia Responsável