



IMPRESSO DE CANDIDATURA DOCENTES

Ação de formação em que se inscreve _____

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Telef/telemóvel _____

Email: _____

B.I. _____ N° Contribuinte _____ Data de Nascimento ____ / ____ / ____

Escola onde exerce funções _____

Escola a cujo quadro pertence _____

Sector de ensino: Público Privado

Nível de ensino (assinalar com X a situação que lhe corresponde):

Pré- Escolar	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário

Situação Profissional (assinale com X a situação que lhe corresponde)

Professor do Quadro							
Nomeação Definitiva	Nomeação Provisória	Zona Pedagógica	Único	Geral	Distrital de Vinculação	Docente Contratado	Outra

Habilitações: Bacharelato ou similar Licenciatura Diploma Pós-Licenciatura

Grupo de docência _____ Disciplina _____ Prof Titular Sim Não

Índice de vencimento _____

Dias e horas disponíveis para frequentar a formação:

Esta ação de formação é específica para o seu grupo disciplina? Sim Não

No caso de não ser específica:

Esta ação de formação é considerada de interesse para a Escola /Agrupamento de Escolas de acordo com o seu Projecto Educativo / Plano Anual de Actividades / Plano de Formação Sim Não

Confirmação pela Direcção Executiva _____
(autenticada com o carimbo da Escola/Agrupamento)

Pagamento: valor: _____ euros

Numerário Cheque n° _____ Banco _____

Data ____ / ____ / ____ Assinatura do Docente _____