

Ações de Curta Duração REQUERIMENTO PARA CERTIFICAÇÃO

DATA DE ENTRADA:

__/__/__

1. DOCENTE: _____;

Cartão de Cidadão nº _____;

Data de nascimento __/__/____;

2. DESIGNAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: _____;

a) Local de realização: _____;

b) Cronograma:

Mês	Dia	Horário	Nº Sessão	Total Horas

c) Destinatários

1. Grupos de Recrutamento: _____;

2. Professores Bibliotecários: _____;

3. Cargos de Direção e Gestão: _____;

3. CONTEÚDOS (tema(s) científico(s) e/ou pedagógico(s)):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

4. ENQUADRAMENTO DA AÇÃO (relacionamento/integração nos currículos ou lecionação):

5. FORMADORES:

a) Nome e qualificação académica

1. _____ / _____
2. _____ / _____
3. _____ / _____
4. _____ / _____
5. _____ / _____

____/____/____

O Requerente,

6. PARECER DA DIRETORA DO CFAE COIMBRA INTERIOR:

- Favorável – cumpre o disposto no nº 2 do artº 5º do Despacho nº 5741/2015.
- Desfavorável – não cumpre o disposto no nº 2 do artº 5º do Despacho nº 5741/2015.

Data do parecer ____/____/____

Assinatura: _____

6. DECISÃO DO CONSELHO DE DIRETORES DA COMISSÃO PEDAGÓGICA:

- Deferido
- Indeferido

Releva para efeito do artº 9 do RJFC: Sim Não

Data da decisão ____/____/____