

Centro de Formação de Associação de Escolas da Zona Oriental do Concelho de Loures

IMPRESSO DE CANDIDATURA - DOCENTES

Ação de formação em que se inscreve:

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Data de Nascimento ____ (dia) / ____ (mês) / _____ (ano)

B.I. _____ N° Contribuinte _____

E-mail: _____ Telemóvel _____

Escola onde exerce funções _____

Escola a cujo quadro pertence _____

Setor de ensino: Público Privado Cooperativo

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 recrutamento _____ Disciplina _____

Dias e horas disponíveis para frequentar a formação:

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

No caso de **não ser específica para o grupo disciplinar**, preencher e confirmar:

Esta ação de formação é considerada de interesse para a Escola / Agrupamento de Escolas de acordo com o seu Projeto Educativo / Plano anual de Atividades / Plano de Formação Sim Não

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

Autoriza que os trabalhos que realizar nesta formação fiquem disponíveis para consulta por outros docentes? Sim Não

Data ____ / ____ / _____ Assinatura do Docente _____

Depois de preenchido esta inscrição deverá ser enviado por email para cflouresoriental@gmail.com ou entregue no Centro de Formação