



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)):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

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 ___ / ___ / _____