Exmo. Senhor

Diretor Regional de Inovação e Gestão

|  |
| --- |
| **A PREENCHER PELO DOCENTE** |

**1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCENTE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | |
| CC/BI: |  | NIF: |  |
| Correio eletrónico: |  | Telefone/telemóvel: |  |
| Morada: |  | | |
| Código Postal: |  | Localidade: |  |

**2. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vínculo: | Quadro de escola  Quadro de zona pedagógica: \_\_\_\_\_\_ | | |
| Escola de vínculo ou afetação: |  | | |
| Escola de mobilidade (se aplicável): |  | | |
| Código do grupo de recrutamento: |  | Descrição: |  |

**3. MOTIVO DA MOBILIDADE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **3.1** | **Deficiência com incapacidade igual ou superior a 60%** |
| Documentos obrigatórios a anexar no caso de ter assinalado o ponto 3.1: | |
|  | Certificado de incapacidade multiusos que comprove a situação de deficiência igual ou superior a 60%. |
|  | Declaração médica, sob compromisso de honra, de que a mobilidade do(a) docente para uma das escolas indicadas é necessária para assegurar a prestação dos cuidados médicos de que carece o próprio, cônjuge, descente ou ascendente. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.2** | **Doença incapacitante** | | | | |
| Documentos a anexar no caso de ter assinalado o ponto 3.2: | | | | | |
|  | Atestado de médico especialista que ateste a doença incapacitante nos termos do Despacho Conjunto n.º A-179/89-XI, de 12 de setembro. | | | | |
|  | Declaração médica, sob compromisso de honra, de que a mobilidade do(a) docente para uma das escolas indicadas é necessária para assegurar a prestação dos cuidados médicos de que carece o próprio, cônjuge, descente ou ascendente. | | | | |
| Assinalar a(s) doença(s) incapacitante(s) de acordo com o indicado no atestado médico: | | | | | |
| Acidentes vasculares cerebrais com acentuadas limitações | |  | Artroses graves invalidantes |  | Cardiomiopatias graves |
| Cardiopatias isquémicas graves | |  | Cardiopatias reumatismais crónicas graves |  | Coração pulmonar crónico |
| Doença de Hansen | |  | Doença pulmonar crónica obstrutiva grave |  | Doenças difusas do tecido conectivo |
| Doenças graves e invalidantes do sistema nervoso central e periférico e dos órgãos dos sentidos | |  | Espondilite anquilosante |  | Hemopatias graves |
| Hepatopatias graves | |  | Hipertensão arterial maligna |  | Nefropatias crónicas graves |
| Sarcoidose | |  | Tumores malignos |  | Vasculopatias periféricas graves |

**4. POR DEFICIÊNCIA OU DOENÇA INCAPACITANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **4.1** | Do próprio |
| **4.2** | De cônjuge ou pessoa com quem vive em união de facto |
| **4.3** | De descendente |
| **4.4** | De ascendente |

|  |  |
| --- | --- |
| Documentos a anexar no caso de ter assinalado o ponto 4.2, 4.3 ou 4.4: | |
|  | Declaração emitida pelos serviços da Autoridade Tributária que ateste que o docente e o descendente, ascendente, cônjuge ou membro de união de facto residem no mesmo domicílio fiscal **(1)**. |
|  | Documento comprovativo da relação familiar ou da qualidade de parceiro na união de facto. |

|  |  |
| --- | --- |
| Documento adicional a anexar no caso de ter assinalado o ponto 4.4: | |
|  | Declaração emitida pela junta de freguesia que ateste a relação de dependência exclusiva do ascendente que coabite com o docente. |

**(1)** As declarações podem ser obtidas, de modo gratuito, no portal da Autoridade Tributária, em www.portaldasfinancas.gov.pt, em Os Seus Serviços > Obter > Certidões > Efetuar Pedido > Domicílio Fiscal.

**5. PREFERÊNCIAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.ª |  | Código: |  |
| 2.ª |  | Código: |  |
| 3.ª |  | Código: |  |
| 4.ª |  | Código: |  |
| 5.ª |  | Código: |  |
| 6.ª |  | Código: |  |
| 7.ª |  | Código: |  |

Data:       /       /

O(A) Docente

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Assinatura legível)

|  |
| --- |
| **A PREENCHER PELA ESCOLA DE VÍNCULO/AFETAÇÃO OU DELEGAÇÃO ESCOLAR** |

|  |  |
| --- | --- |
| Tomada de conhecimento do órgão de gestão da escola de vínculo ou afetação: | Tomada de conhecimento do(a) Delegado(a) Escolar (se aplicável): |
| O(A) Presidente do Conselho Executivo / O(A) Presidente da Comissão Provisória / O(A) Diretor(a)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (Assinatura legível)  Ou documento em anexo: | O(A) Delegado(a) Escolar  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (Assinatura legível)  Ou documento em anexo: |