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: [ ]  |