|  |  |
| --- | --- |
| Ano escolar: | 2017 / 2018 |

Exmo. Senhor

Diretor Regional de Inovação e Gestão

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

**1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |       |
| CC/BI: |       | NIF: |       |
| Correio eletrónico: |       | Telefone/telemóvel: |       |

**2. RESIDÊNCIA DO DOCENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Morada: |       |
| Código Postal: |       | Localidade: |       |
| Concelho: |       | Freguesia: |       |

**3. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:**

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

**4. CONDIÇÕES E MOTIVO DA MOBILIDADE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **4.1** | **[ ]  Filho(s) menor(es) de 12 anos sem possibilidade de transferência de responsabilidade.** |
| Documentos a anexar no caso de ter assinalado o ponto 4.1: |
| [ ]  | Boletim de nascimento ou documento de identificação civil do menor. |
| [ ]  | Declarações emitidas pelos serviços da Autoridade Tributária que ateste que o docente e o descendente residem no mesmo domicílio fiscal **(1)**. |

**(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.

|  |  |
| --- | --- |
| **4.2** | **[ ]  Gravidez cujo termo está previsto até ao final do 2.º período.** |
| Documento a anexar no caso de ter assinalado o ponto 4.2: |
| [ ]  | Declaração de médico especialista com a data prevista para o parto e a indicação de que a mobilidade para uma escola mais próxima da residência minimizará os riscos inerentes à gravidez. |

**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 OU DE AFETAÇÃO E DELEGAÇÃO ESCOLAR** |

|  |
| --- |
| Confirmação pela escola de vínculo ou de afetação: |
| [ ]  | Confirmo os dados profissionais do(a) docente constantes deste requerimento. |
| [ ]  | O pedido **reúne** as condições para ser apreciado, devendo ser remetido à Direção Regional de Inovação e Gestão. |
| [ ]  | De acordo com os motivos constantes das observações, o pedido **não** reúne as condições para ser apreciado, devendo ser arquivado após tomada de conhecimento pelo docente.  |
| Observações: Data: **/       /**O(A) Presidente do Conselho Executivo / O(A) Presidente da Comissão Provisória / O(A) Diretor(a)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Assinatura legível)  |

|  |  |
| --- | --- |
| Parecer do(a) Delegado(a) Escolar (se aplicável): | Tomada de conhecimento do docente caso o pedido **não** reúna as condições para ser apreciado. |
| O(A) Delegado(a) Escolar**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Assinatura legível)Ou parecer em anexo: [ ]  | Tomei conhecimento,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Assinatura legível) |