Instituto para a Qualificação

Logótipo da entidade

(IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE FORMADORA)

ANEXO 2

PLANO INDIVIDUAL DE ATIVIDADES

FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO (FCT)

IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	
Designação do itinerário:	**N.º:**
Modalidade de Formação:	☐ Aprendizagem ☐ CEF ☐ CET ☐ EFA ☐ Formação Modular
Saída profissional:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORMANDO	
Nome:	**Idade:**
Documento de Identificação N.º:	**Validade:**
Morada:	
Código Postal:	**Localidade:**
Telefone/Telemóvel:	**E-mail:**

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE DE APOIO Á ALTERNÂNCIA / ENTIDADE ENQUADRADORA DE FCT	
Denominação Social:	
Endereço:	
Código Postal:	**Localidade:**
Telefone/Telemóvel:	**E-mail:**
Local de realização da FCT[1]:	
Tutor:	
Telefone/Telemóvel:	**E-mail:**
Pessoa a Contactar[2]:	
Telefone/Telemóvel[2]:	**E-mail:**

OBJETIVOS A ATINGIR

[1] **se diferente do endereço da entidade**
[2] **se diferente do tutor**

COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR/CONSOLIDAR:	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

ATIVIDADES A DESENVOLVER	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

PERÍODO (S) DE FCT					
Início da FCT:			**Fim da FCT:**		
Horas de FCT:		**Horário Diário:**	(das 00h00 ás 00h00)	**Duração Total:**	(0 horas)

Observações: _____

_____

_____

Entidade Enquadradora da FCT	**Entidade Formadora**	**Formando**
.....	.....	.....
(Nome do Representante)	(Nome do Responsável)	(Nome do Formando)

_____, _____de_____de _____