SECRETA[illegible]JCAÇÃO

Governo dos Açores

ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES
PESSOAL DOCENTE
Requerimento

Artigos 178.º a 188.º do Estatuto da Carreira Docente na Região Autónoma dos Açores, com a redação dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 25/2015/A, de 17 de dezembro (ECDRAA).

A PREENCHER PELO REQUERENTE

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

N.º identificação civil: _____ Telefone/Telemóvel: _____

Morada:

Código Postal: ____-___ E-mail:

II. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

1. Unidade orgânica a que se encontra vinculado/a:

   (Se diferente) Unidade orgânica onde exerce funções:

2. Tipo de vínculo:

3. Nível/ciclo de ensino: Código/grupo de recrutamento:

   Educação Pré-Escolar ☐
   1.º Ciclo do Ensino Básico ☐
   2.º Ciclo do Ensino Básico ☐
   3.º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário ☐
   Educação Especial ☐
   Ensino Artístico ☐

4. N.º de horas de redução por idade/tempo de serviço (artigo 124.º do ECD RAA):

5. (Se aplicável) N.º de horas semanais letivas como contratado a termo:

6. Encontra-se abrangido por qualquer das situações de impedimento ou incompatibilidade de acumulação referidas nos artigos 47.º/8, 180.º/1, 181.º e 182.º do ECDRAA?

Não ☐ Sim ☐ Qual?

III. PEDIDO

1. Primeiro pedido no presente ano escolar? Sim ☐ Não ☐

2. Funções letivas, em estabelecimento de educação/ensino não superior público ..... ☐
   Funções letivas, em estabelecimento de educação/ensino não superior particular e cooperativo ..... ☐
   Funções letivas, em estabelecimento de ensino superior ..... ☐
   Serviços de apoio e complemento educativo ..... ☐
   Outras funções (Especifique quais):

3. Caráter do trabalho: Autónomo ☐ Subordinado ☐
   (Se subordinado) Designação da entidade contratante:

4. Local de trabalho:
   Morada do local de trabalho:

5. Remuneração a auferir: _____€__ /hora

6. Horário de trabalho a praticar: horas/dia ou horas/semana, conforme anexo.

7. Público-alvo:

8. Descrição da atividade e justificação da inexistência de conflito:

IV. DECLARAÇÃO A QUE SE REFERE A ALÍNEA B) DO N.º 2 DO ARTIGO 183.º DO ECDRAA

Declaro, sob compromisso de honra, que cessarei de imediato a atividade em acumulação no caso de ocorrência superveniente de impedimento, incompatibilidade ou conflito de interesses.

O requerente

Data ____/____/____

_____

(assinatura)

A PREENCHER PELA UNIDADE ORGÂNICA A QUE O REQUERENTE SE ENCONTRA VINCULADO

V. CONFIRMAÇÃO PELO SERVIÇO

Confirmo todos os dados constantes do quadro II do presente requerimento e emito parecer favorável.

Data ____/____/____

O/A PRESIDENTE DO ÓRGÃO EXECUTIVO

_____

(assinatura e carimbo a óleo em uso na UO)

A PREENCHER PELA DIREÇÃO REGIONAL DA ADMINISTRAÇÃO EDUCATIVA

VI. PARECER

☐ Desfavorável

☐ Favorável

Fundamentação:

Reunidos todos os pressupostos? Sim ☐ Não ☐

Se não, quais?

Data ____/____/____

O/A Responsável

SGC0140/_____/_____

VII. DESPACHO

☐ Indeferido

☐ Deferido

O(A) DIRETOR(A) REGIONAL

_____

(assinatura)

Data ____/____/____