



Entidade Formadora da Escola Básica Integrada de Angra do Heroísmo
“Delphinus delphis”

TERMO DE ACEITAÇÃO

Pessoal Docente

Eu, _____,
docente (categoria) _____, do Grupo _____
na Escola _____, declaro
aceitar frequentar a Ação _____
promovida pela Entidade Formadora da Escola Básica Integrada de Angra do Heroísmo.

_____, _____ de _____ de _____

O(A) Docente
