



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

TERMO DE NÃO ACEITAÇÃO

Pessoal Docente

Eu, _____
docente (categoria) _____, do Grupo _____
na Escola _____, venho por este meio confirmar a minha
NÃO ACEITAÇÃO de frequência na ação de formação _____
para a qual fui selecionado(a), pelo seguinte motivo: _____

_____ de _____ de _____

O(A) Docente
