

DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA
UFCD – UNIDADES DE CURTA DURAÇÃO

_____ (Nome) _____ na qualidade de responsável pela Entidade
_____ (Denominação Social) _____ devidamente acreditada pelo Despacho _____,
NIPC _____ sita em _____ (endereço) _____, _____ (código postal) _____, _____ (localidade),
declaro que _____ (nome docente) _____ portador do B. I. nº _____ emitido em
____/____/____ pelo Arquivo de Identificação de _____ titular de habilitação
(académica e/ou profissional) _____, a qual confere habilitação para
o Grupo de Docência _____, exerceu funções como Formador(a) nesta Entidade, no
âmbito das UFCD – Unidades de Formação de Curta Duração – Formação devidamente
homologadas pela ANQ, na(s) área(s) de formação e num total de horas a seguir
discriminadas:

Ano Escolar (1/09 a 31/08)	Data Início Dia / Mês	Data Fim Dia / Mês	Unidade de Formação Base	Nº Total de Horas

Data _____

Assinatura _____ (1)

(1) A assinatura deve ser conforme a do B.I., sobreposta por carimbo ou selo branco da entidade