

**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