

DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA

Centro de Novas Oportunidades – PROFISSIONAIS RVC

_____ (Nome) _____ na qualidade de responsável pela Entidade
_____ (Denominação Social) _____ devidamente acreditada pelo Despacho _____,
NIPC _____ sita em _____ (endereço) _____, _____ (código postal) _____,
(localidade) _____, e Director do Centro de Reconhecimento, Validação e Certificação de
Competências _____ declaro que _____ (nome) _____ 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
Profissional RVC, nesta Entidade, no âmbito do Sistema Nacional de Reconhecimento,
Validação e Certificação de Competências, tutelado pelo Ministério da Educação (ANQ)
de acordo com o abaixo indicado:

Ano Escolar (1/09 a 31/08)	Data Início Dia / Mês	Data Fim Dia / Mês	Horário Semanal

Data _____

Assinatura _____ (2)

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