

DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA

Cursos Educação e Formação - CEF

Eu, _____ na qualidade de responsável pela Entidade (Denominação Social) _____ NIF _____, (endereço) _____ Código Postal _____, Localidade _____, declaro que _____ 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(s) **Curso(s) de Educação e Formação de Jovens**, de acordo com o que a seguir se descreve:

Ano Escolar (1/09 a 31/08)	Data Início Dia / Mês	Data Fim Dia / Mês	Nome do Curso	Tipologia do Curso	Domínio de Formação	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