



Vila do Conde  
Câmara Municipal

## FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

Atividades de Enriquecimento Curricular (AEC)  
2018/2019

### IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA A QUE CONCORRE

Concurso F – Expressão Musical

### 1. DADOS PESSOAIS

Nome completo:

Data de nascimento:       Sexo: Masculino  Feminino

Nacionalidade:

C.C./B.I.  NIF

Morada:

Código Postal:   Localidade: \_\_\_\_\_

Concelho de residência:

Telefone:  Telemóvel:

Endereço electrónico: \_\_\_\_\_

Titular de relação jurídica de emprego público? Sim  Não

A Termo Resolutivo  Por Tempo Indeterminado



Vila do Conde  
Câmara Municipal

## 2. HABILITAÇÃO ACADÉMICA

Escolher uma das opções:

|  |  |
|--|--|
| Habilitação Profissional               |  |
| Habilitação Própria                    |  |
| Formação profissional ou especializada |  |

Identifique a habilitação / formação que possui:

---

---

## 3. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Só é contabilizado o tempo de serviço, diretamente relacionado com o posto de trabalho a que se candidata:

|                        |  |
|------------------------|--|
| > a 1800 dias          |  |
| Entre 1500 – 1800 dias |  |
| Entre 1000 – 1499 dias |  |
| Entre 500 – 999 dias   |  |
| Entre 250 – 499 dias   |  |
| Entre 1 e 249 dias     |  |
| Sem experiência        |  |

|   |  |
|---|--|
| N.º total de dias de serviço na área AEC a que se candidata |  |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| N.º total de dias de serviço de docente (incluindo AEC) |  |
|---|--|



Vila do Conde  
Câmara Municipal

#### 4. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Só é contabilizado ações de formação adequadas e diretamente relacionadas com o posto de trabalho a que se candidata (não se incluem pós-graduações, mestrados ou doutoramentos):

|              |  |
|--------------|--|
| Sem Formação |  |
| Com Formação |  |

|   |  |
|---|--|
| N.º de ações de formação adequadas e diretamente relacionadas com o posto de trabalho a que se candidata. |  |
|---|--|

#### 5. NECESSIDADES ESPECIAIS

Foi-lhe atribuído por uma autoridade de saúde algum grau de incapacidade, resultante de deficiência

Não

Sim

Caso a resposta seja positiva indique o grau de incapacidade: \_\_\_\_\_

#### 6. DECLARAÇÃO

*"Declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas".*

Localidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura

  

---