|  |  |
| --- | --- |
| **ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES**  PESSOAL DOCENTE  **Requerimento** | Artigos 178.º a 188.º do Estatuto da Carreira Docente na Região Autónoma dos Açores, com a redação dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 25/2015/A, de 17 de dezembro (ECDRAA). |

|  |
| --- |
| **A PREENCHER PELO REQUERENTE** |

**I. IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | |
| N.º identificação civil: |  | Telefone/Telemóvel: | |  |
| Morada: | | | | |
| Código Postal:     - | | | E-mail: | |

**II. SITUAÇÃO PROFISSIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Unidade orgânica a que se encontra vinculado/a: | |  | | | | |
| (Se diferente) Unidade orgânica onde exerce funções: | |  | | | | |
| 2. Tipo de vínculo: |  | | | | | |
| 3. Nível/ciclo de ensino: | | | | Código/grupo de recrutamento: | | |
| Educação Pré-Escolar | | |  | |  | |
| 1.º Ciclo do Ensino Básico | | |  | |  | |
| 2.º Ciclo do Ensino Básico | | |  | |  | |
| 3.º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário | | |  | |  | |
| Educação Especial | | |  | |  | |
| Ensino Artístico | | |  | |  | |
| 4. N.º de horas de redução por idade/tempo de serviço (artigo 124.º do ECD RAA): | | | | | |  |
| 5. (Se aplicável) N.º de horas semanais letivas como contratado a termo: | | | | | |  |
| **6. Encontra-se abrangido por qualquer das situações de impedimento ou incompatibilidade de acumulação referidas nos artigos 47.º/8, 180.º/1, 181.º e 182.º do ECDRAA?**  Não Sim  Qual? | | | | | | |
|  | | | | | | |

**III. PEDIDO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Primeiro pedido no presente ano escolar? Sim  Não | | | | | | | | |
| 2. Funções letivas, em estabelecimento de educação/ensino não superior público ………………………. | | | |  | | | | |
| Funções letivas, em estabelecimento de educação/ensino não superior particular e cooperativo …… | | | |  | | | | |
| Funções letivas, em estabelecimento de ensino superior ………………………………………………… | | | |  | | | | |
| Serviços de apoio e complemento educativo …………...………………………………………………….. | | | | | | | | |
| Outras funções (Especifique quais): | | | | | | | | |
| 3. Caráter do trabalho: Autónomo  Subordinado | |  | | |  |  |  |  |
| (Se subordinado) Designação da entidade contratante: |  | | | | | | | |
| 4. Local de trabalho: |  | | | | | | | |
| Morada do local de trabalho: |  | | | | | | | |
| 5. Remuneração a auferir:      €   /hora |  | | | | | | | |
| 6. Horário de trabalho a praticar:       horas/dia ou       horas/semana, conforme anexo.  7. Público-alvo: | | |  | | | | | |
| 8. Descrição da atividade e justificação da inexistência de conflito: | | |  | | | | | |

**IV. Declaração a que se refere a alínea b) do n.º 2 do artigo 183.º do ECDRAA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Declaro, sob compromisso de honra, que cessarei de imediato a atividade em acumulação no caso de ocorrência superveniente de impedimento, incompatibilidade ou conflito de interesses. | | | |
|  | | | |
| Data     /    / | O requerente | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| (assinatura) | | |

|  |
| --- |
| **A PREENCHER PELA UNIDADE ORGÂNICA A QUE O REQUERENTE SE ENCONTRA VINCULADO** |

**V. CONFIRMAÇÃO PELO SERVIÇO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data     /    / | **Confirmo todos os dados constantes do quadro II do presente requerimento e emito parecer favorável.** | | |
| O/A PRESIDENTE DO ÓRGÃO EXECUTIVO | | |
|  |  |  |
| (assinatura e carimbo a óleo em uso na UO) | | |

|  |
| --- |
| **A PREENCHER PELA DIREÇÃO REGIONAL DA ADMINISTRAÇÃO EDUCATIVA** |

**VI. PARECER**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Desfavorável | **Fundamentação:** | | |
|  | Favorável | Reunidos todos os pressupostos? Sim  Não  Se não, quais? |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Data     /    / | | O/A Responsável SGC0140/        / | | |

**VII. DESPACHO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Indeferido | O(A) DIRETOR(A) REGIONAL | | |
|  | Deferido |  |  |  |
| Data     /    / | |  | (assinatura) |  |

*Modelo DRAE/DSRH/DGPD/AF/2020-2021*