



DECLARAÇÃO/PETIÇÃO DE ACOLHIMENTO

DELEGAÇÃO REGIONAL DE \_\_\_\_\_  
CENTRO DE \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_ - ACÇÃO N.º \_\_\_\_\_

<b>Parecer:</b>          <p style="text-align: center;">O Técnico Superior _____/_____/____</p>	<b>Autorização:</b>          <p style="text-align: center;">O Director _____/_____/____</p>
---	---

DECLARAÇÃO / PETIÇÃO

Exmo. Senhor Director do Centro de \_\_\_\_\_, (a) \_\_\_\_\_, portador do Bilhete de Identidade N.º \_\_\_\_\_ do Arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, declara por sua honra, que para frequentar a acção de formação, tem de confiar ao cuidado de terceiros o(s) dependente(s) abaixo indicado(s): (b)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Pelo que, solicita nos termos dos normativos em vigor e conforme declaração anexa, o pagamento das despesas de acolhimento, no valor mensal de € \_\_\_\_\_, comprometendo-se a entregar mensalmente e nos prazos fixados pelo Centro, o(s) recibo(s) de quitação.

Pede deferimento,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

- (a) Nome do Formando e estado civil
- (b) Nome, idade e grau de parentesco dos dependentes

--