

COMUNICAÇÃO/PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE FALTA DO PESSOAL DOCENTE

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: _____, N.º _____ Grupo: _____

Categoria: _____, Escola: _____

PERÍODO EM QUE PRETENDE FALTAR

De: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ , num total de ____ dia(s) ____ tempo(s) ao serviço/aula(s):

Disciplinas/Serviço	Ano/Turma	Horário	*Permuta com:	*Compensa quando:

MOTIVO DE FALTA (assinalar com X):

- Por conta do período de férias, do n.º 2 (do art.º 102.º do ECD)
- Por casamento (alínea a), do n.º 2 (do art.º 134.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho)
- Para realização de tratamento ambulatório/consultas médicas/exames complementares de diagnóstico, do próprio (alínea i) do n.º 2 (do art.º 134.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho e conforme declaração no verso).
- Para realização de tratamento ambulatório/consultas médicas/exames complementares de diagnóstico, do cônjuge ou equiparado/ascendentes/descendentes/adoitados/adoitados/enteados, menores ou deficientes (n.º 3 do art.º 134.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho e conforme declaração no verso).
- Para prestação de provas em estabelecimento de ensino (alínea c) do n.º 2 (do art.º 134.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho)
- Para deslocação a estabelecimento de ensino com vista a inteira-se da situação educativa do seu educando (alínea f) do n.º 2 (do art.º 134.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho)
- Para doação de sangue e socorismo (alínea k) do n.º 2 (do art.º 134.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho)
- Para formação: Cursos, simpósios, seminários, conferências, congressos, etc. (art.º 109.º do ECD)
- Outros: _____

Observações: _____

NOTA:

- 1) Todas as faltas, quando previsíveis, devem ser comunicadas com a **antecedência mínima de cinco dias**. Quando imprevisíveis, as faltas são obrigatoriamente comunicadas logo que possível.
- 2) O docente que pretendia faltar por conta do período de ferias, deve solicitar autorização com a **antecedência mínima de três dias úteis**, ou se tal não for comprovadamente possível, **no próprio dia, por participação oral**, que deve ser reduzida a escrito no dia em que regresse ao serviço. (n.º 3 do art.º 102.º do ECD).

Declaração

Declaro, sob compromisso de honra, **tratamento ambulatório/consultas médicas/exames complementar de diagnóstico** (a), cuja realização comunico, não pode efetuar-se fora do período normal de trabalho. (Alínea i) do n.º 2 do art.º 134.º, da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho).

Declaro, sob compromisso de honra, que sou o familiar que se encontra em melhores condições para prestar **assistência/acompanhamento** ao(à) meu(minha) _____ (b), com a idade de _____ anos (c), que se encontra doente, necessitando de **assistência/acompanhamento** (a) com caráter inadiável e imprescindível, no período de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____, (n.º 3 do art.º 134,9 da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho).

Local onde irá realizar, o tratamento ambulatório/consulta/exame/outro, complementar de diagnóstico: _____

Telefone da instituição onde realiza consulta/exame/outros: _____

Horário da consulta/exame/outros: _____

Azambuja, _____ de _____ de 20_____

(O/A docente)

Despacho da Direção:

Autorizo

Não Autorizo

Data: _____ / _____ / _____

A Diretora _____

(a) **Riscar** o que não interessa;

(b) Grau de parentesco;

(c) **Preencher** só no caso de se tratar de filhos, enteados ou netos.

*a preencher no caso de permutar/ou compensar as aulas.