

## Nome do Curso

**\*Obrigatório**

1. Ao preencher este formulário de inscrição, declaro estar ciente e de acordo com as orientações gerais para instituições e os correspondentes anexos referentes aos cursos presenciais e no formato remoto, disponíveis no link: \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

### Seção sem título

2. Nome da instituição (sem abreviaturas): \*

---

---

---

---

---

3. Esfera: \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Federal

☐ Estadual

☐ Municipal

☐ Terceiro setor (ONGs, Associações e outras instituições sem fins lucrativos)

☐ Privada

4. Principal competência da instituição: \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Educação

☐ Saúde

☐ Assistência social

☐ Outro: \_\_\_\_\_

5. Em caso de instituto federal ou universidade, informe o campus:

---

6. Município: \*

---

7. Estado (sigla - exemplo: RJ): \*

---

8. Nome do contato técnico (profissional responsável por esta solicitação, pelo envio dos documentos, pela formação da turma, etc): \*

---

9. Telefones para contato (com DDD): \*

---

10. E-mail preferencial para comunicação institucional: \*

---

11. Justificativa para a solicitação do curso: \*

---

---

---

---

---

12. Número total estimado de participantes, respeitando o limite de vagas estabelecido e observando o público-alvo para este curso conforme link disponibilizado no anexo I (obrigatório no mínimo 10 participantes): \*

---

13. Número de docentes: \*

---

14. Os docentes atendem público-alvo da educação especial? \*

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Não
- ☐ Sim, são professores regentes
- ☐ Sim, são professores mediadores
- ☐ Sim, são professores do atendimento educacional especializado

Outro: ☐ \_\_\_\_\_

15. Informar qual o resultado esperado pela instituição após a realização do curso: \*

---

---

---

---

---

16. Outras informações que entender relevantes para sua solicitação:

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários