

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