|  |  |
| --- | --- |
| **Imagem relacionadaAno letivo 2024/2025** | Técnicos Especializados  **TERAPEUTA OCUPACIONAL** |

1. **Identificação do Candidato**
   1. Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. N.º BI/CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   4. Morada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   5. Localidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_
   6. E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Habilitações Académicas e Profissionais** (que habilitam o candidato ao desempenho da função)
   1. Designação da Licenciatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição onde foi ministrada a Licenciatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classificação académica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (valores) concluída em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Curso de Pós-Graduação em Integração Sensorial:

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Instituição onde foi ministrada a pós-graduação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Certificação de formador conferida através do CCP (Certificado de Competências Pedagógicas)

Sim \_\_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Instituição que conferiu a certificação (CCP): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Outros Graus Académicos/Pós-graduação:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Designação | Instituição | Data conclusão | Área de especialização |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Formação contínua/Formação Especializada** *(preencha o quadro com a formação recebida* ***relacionada*** *com a função a que se candidata)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Designação da ação de formação e foco de intervenção da formação recebida (Ex: crianças, jovens, adultos, idosos) | Data da realização | Nº horas de formação | Entidade Formadora |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(se necessário, acrescente linhas)

1. **Experiência Profissional em contexto escolar** (atividades relacionadas com a função a que se candidata**)** 
   * 1. Número total de dias de serviço prestado em escolas/agrupamentos de escolas (até 31 de agosto 2024): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
     2. Escolas/Agrupamentos de escolas onde exerceu funções (indicar intervenção em UEEA – Autismo):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome da Escola/Agrupamento** | **Data de início/fim de contrato** | **Nº de horas de serviço prestado** | **UEEA**  **(Sim ou Não)** | **Cargos e funções desempenhadas** |
|  | Início:  Fim: |  |  |  |
|  | Início:  Fim:: |  |  |  |
|  | Início:  Fim: |  |  |  |

(se necessário, acrescente linhas)

* + 1. Ações de capacitação dinamizadas *(preencha o quadro com as ações de capacitação dinamizadas por si relacionada com a função a que se candidata).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Designação** | **Data da realização** | **Nº de horas** | **Local da realização** | **Público alvo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(se necessário, acrescente linhas)

* + 1. Trabalhos/projetos desenvolvidos com alunos, técnicos, docentes, famílias e articulação com instituições da comunidade (Exemplo: Saúde, Instituições particulares de solidariedade social (IPSS), etc, …)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Breve descrição/caracterização** | **Data da realização** | **Local da realização** | **Público-alvo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(se necessário, acrescente linhas)

1. **Experiência Profissional fora do contexto escolar** (atividades relacionadas com a função a que se candidata).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome da instituição/serviço** | **Data de início/fim de contrato** | **Nº dias de serviço prestado** | **Atividades desenvolvidas** |
|  | Início:  Fim: |  |  |
|  | Início:  Fim: |  |  |
|  | Início:  Fim: |  |  |

(se necessário, acrescente linhas)

1. **Outras Informações que considere relevantes indicar**:

**O portfólio, depois de gravado no formato PDF, deverá ser enviado para o e-mail:** [candidaturas@aemarrazes.com](mailto:geral@age-mgpoente.pt)

***Nota:*** Na altura da entrevista, caso venha a ser selecionado(a), deverá fazer-se acompanhar de comprovativos de todas as informações indicadas no presente Portfólio.