

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