

CARACTERIZAÇÃO DA AÇÃO

N.º Operação		Tipologia de Operação	
Entidade Beneficiária			
Designação do curso/ação			

Mês	Nº Total de Dias de Atividade Formativa	Nº Total Formadores	Somatório das Horas Realizadas pela totalidade dos Formadores/Docentes	Nº Total de Formandos com Atividade Formativa	Nº Total de Formandos Desistentes	Nº Total de Formandos em Atestado Médico [Covid 19 entre outros]
TOTAIS						

Declaração sob compromisso de honra:

Declaro que se encontram garantidas as evidências documentais que comprovam a realização das atividades formativas, bem como, a assiduidade dos formandos/formadores/docentes, adequadas às ferramentas disponíveis neste período de contingência.

Assinatura do Coordenador do Curso/ Diretor Formador/ Docente _____ Data _____