



Superintendência Regional de Ensino

Divinópolis – Minas Gerais

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA LECIONAR- CAT

ESCOLA ESTADUAL

ESCOLA MUNICIPAL

ESCOLA PARTICULAR

ATENÇÃO : PREENCHER COM LETRA DE FORMA

CPF: _____
REQUERENTE: _____ SEXO: _____
FILIAÇÃO: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ NATURALIDADE _____ UF _____
NACIONALIDADE: _____ C, IDENTIDADE: _____ ORG EXP. _____ UF _____
TITULO DE ELETOR _____ ZONA _____ SEÇÃO _____ CERT.MILITAR _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ CEP _____ TELF _____

ESCOLA MUNICIPAL OU ESCOLA PARTICULAR	CURSO O QUAL LECIONARÁ:
	ESCOLA:
	ENDEREÇO DA ESCOLA: _____ BAIRRO: _____
	CIDADE: _____ CEP: _____ UF: _____
	TELEFONE: _____
	CONTEÚDOS QUE PRETENDE LECIONAR (UMA MATERIA POR LINHA) SE NECESSÁRIO USAR O VERSO:

	PERÍODO / / A / /
	NÍVEL EM QUE ATUARÁ : <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL 1º ao 5º ano <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL 6º ao 9º ano <input type="checkbox"/> MEDIO

MUNICÍPIO E DATA _____ ASSINATURA DO REQUERENTE _____	

CONTEUDOS QUE PRETENDE LECIONAR – EDUCAÇÃO BÁSICA

ESCOLA ESTADUAL	1-
	2-
	3-
	DOCUMENTOS APRESENTADOS:

MUNICÍPIO E DATA _____ ASSINATURA DO REQUERENTE _____	

PARA USO DA SRE FORMAÇÃO ESCOLAR	FORMAÇÃO ACADEMICA:
	CURSO SUPERIOR: <input type="checkbox"/> LICENCIATURA PLENA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA CURTA <input type="checkbox"/> BACHAREL <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO
	PERÍODO DE ESCOLARIDADE:
	CONTEÚDO CONCLUÍDO:
	BASE LEGAL:
	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____