**Instruções de submissão**

|  |
| --- |
| 1. Gravar o modelo no ambiente de trabalho do equipamento (PC, portátil ou S*martphone*).
 |
| 1. Proceder ao preenchimento.
 |
| 1. Guardar as alterações realizadas.
 |
| 1. Submeter o documento no formulário de candidatura, no formato original do ficheiro – Word.
 |

**Identificação da Entidade**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominação da Entidade: |        |
| Actividade Principal: |        |
| Ano de início da actividade: |       |
| ID:(a preencher pelos serviços) |  |

**Áreas de Educação e Formação:**

**Efeitos do pedido de Acreditação:**

**Caracterização e Identificação da Formação Pós-graduada**

|  |
| --- |
| Identificação da Formação Pós-graduada: |
| Nome:      |
| Área(s) da Enfermagem que a(s) actividade(s) visa(m) desenvolver:  |
| Descrição dos destinatários (Público-alvo).      |
| Número mínimo permitido:      | Número máximo permitido: |
| Duração total de       Horas. |
| Data(s) de realização - Dia(s):       |
| Espaços e Instalações afectos.      |
| Parcerias com outras instituições.      |
| Forma de organização da formação (Formação presencial, a distância (e-Learning), mista (b-Learning)).      |
| Enquadramento/ justificação / fundamentação ou âmbito.      |
| Indicação dos objectivo(s) geral(ais) da Formação Pós-graduada.      |
| Indicação dos objectivo(s) específico(s) da Formação Pós-graduada.      |
| Descrever os conteúdo(s) geral(ais) da Formação Pós-graduada.      |
| Descrever os conteúdos específicos da Formação Pós-graduada.      |
| Metodologia(s) de formação.      |
| Avaliação dos conhecimentos.      |
| Avaliação do(s) docente(s).      |
| Material Didáctico e Equipamento Pedagógico.      |
| Frequência mínima obrigatória para emissão de certificado.      |
| Classificação mínima para emissão de certificado.      |
| Outra informação relevante para apreciação do processo de candidatura.      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identificação dos Docentes (Nome Completo): | Nº Cédula Profissional: | Submete *Curriculum Vitae*? |
| Nome do(s) Coordenador(es) da formação pós-graduada ou equivalente:      |       |  |
| Nome do(s) docente(s):      |       |  |
| Outros intervenientes de relevo.      |       |  |

A preencher conforme forma de organização aplicável:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plano de Estudos – Formação Presencial: |
| Unidade(s) curricular(es) (descriminar)  | **Horas** |
| ECTS | Teóricas | Teórico-Práticas | Práticas | Trabalho Autónomo | Total |
|       |  |  |  |  |  |  |
| Totais |  |  |  |  |  |  |
|  | Plano de Estudos – Formação a distância (e-learning) ou mista (b-learning): |
| Unidade(s) curricular(es) (descriminar) | **Horas** |
| ECTS | Sessões Síncronas | Sessões Assíncronas | Sessões Presenciais | Total |
|       |  |  |  |  |  |
| Totais |  |  |  |  |  |

**Apreciação pela Comissão de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas (CACAF)**

|  |
| --- |
| Cumprimentos dos critérios:(a preencher pela CACAF) |
| Pertinência do(s) tema(s) para o desenvolvimento da Enfermagem. |
| Actualidade e relevância do(s) tema(s) para a Enfermagem. |
| Relevância dos objectivos da actividade para a Enfermagem. |
| Integração de Enfermeiros, na comissão organizadora e na comissão científica, se aplicável, e no conjunto de formadores e de outros intervenientes.  |
| Evidência da qualificação e reconhecido mérito dos membros das comissões, se aplicável, dos formadores e de outros intervenientes. |

**Decisão de Acreditação**

|  |
| --- |
| Actividade acreditada?(a preencher pela CACAF) |
|  |

|  |
| --- |
| Despacho de fundamentação da decisão:(a preencher pela CACAF) |
|  |

**Decisão de Creditação**

|  |
| --- |
| Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP), atribuídos:(a preencher pelos serviços) |
|  |