**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

Subsecretaria de Formação Continuada dos Profissionais de Educação - EAPE Diretoria de Inovação, Tecnologias e Documentação - DITED

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO I** | | | | |
| À Srª Subsecretária Maria das Graças de Paula Machado  Informo os dados cadastrais da instituição, para fins de validação de curso(s) de formação continuada aos profissionais da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. | | | | |
| **Dados Cadastrais** | | | |  |
| Instituição Educacional: | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | |
| Razão Social: | | | | |
| Endereço: | | | | |
| Município: | Bairro: | UF: | CEP: | |
| Telefone ( ) | | | |  |
| Endereço Eletrônico: | | | | |
| Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ): | | | | |
| Nome do(s) representante(s) legal(is) da instituição: | | | | |
| Nome do(s) responsável(eis) pelo acompanhamento do processo: | | | | |
| Conta(s) de e-mail da instituição e do(s) responsável(eis) pela instituição: | | | | |

Declaro ter ciência dos prazos para análise da(s) proposta(s) de curso(s), conforme disposto na Portaria nº , de 05/11/2018 e Ordem de Serviço nº\_\_\_\_, de \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.

Brasília, de de 20 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Assinatura do representante legal da Instituição*