**Declaração de Incompatibilidades**

**Nome: Insira o nome completo.**

**Categoria**: **Insira a categoria atual que detém na escola, caso exerça funções na data atual**

**Local de exercício de funções**: **Escolha a Unidade Orgânica**

**Situação de acumulação,** se aplicável:

Pública [ ]  Privada [ ]

**Função:** Insira a função/atividade que desempenha atualmente

Insira a entidade/local de exercício de funções

Declaro que, obtida a respetiva autorização, não fico abrangido/a por quaisquer disposições relativas a incompatibilidades e/ou acumulações.

Mais declaro que não exerço qualquer outra função pública ou privada, nem me encontro abrangido/a por qualquer uma das seguintes situações: aposentação, pré-reforma, reforma, bolseiro de investigação ou outra (indique qual, se aplicável ou risque caso esteja abrangido por alguma das situações supra mencionadas, devendo nesse caso efetuar o preenchimento do campo referente à acumulação).

Introduza a data

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Assinatura identificada |  |