

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

Candidato/a à eleição dos/as Jovens Autarcas do Município de Vila Nova de Poiares

DIRETOR/A DA ESCOLA/ COLÉGIO

Nome do/a Diretor/a da Escola _____

Contatos

Número de telemóvel/telefone _____

E-mail (escrever em letras maiúsculas) _____

Confirmo que:

(nome do/a candidato/a) _____

é aluno/a na escola EB 2,3/S. Dr Daniel de Matos

e encontra-se a frequentar o _____ ano de escolaridade.

Confirmo ainda que autorizo que este/a aluno/a desenvolva atividades relacionadas com a eleição de Jovens Autarcas do Município de Vila Nova de Poiares durante o período letivo, no ano letivo de _____/_____, com o devido conhecimento desta Direção.

Assinatura

Data

_____/_____/_____



PROGRAMA:
**JOVENS
AUTARCAS**