|  |  |
| --- | --- |
| **MOBILIDADE POR DEFICIÊNCIA OU DOENÇA INCAPACITANTE** | **MODELO** |
| **A PREENCHER PELO DOCENTE – QUADROS DE ZONA PEDAGÓGICA** | **1-B** |

**1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| NIF: |  |
| Nome: |  |

**2. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Quadro de zona pedagógica (1 – Madeira; 2 – Porto Santo): |  | | |
| Escola de afetação/mobilidade em 2023/2024: |  | | |
| Código do grupo de recrutamento: |  | Descrição: |  |

**3. MOTIVO DA MOBILIDADE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **3.1** | **Deficiência com incapacidade igual ou superior a 60%** |
| Documentos **obrigatórios** a anexar no caso de ter assinalado o ponto 3.1: | |
|  | Certificado de incapacidade multiusos que comprove a situação de deficiência igual ou superior a 60%. |
|  | Declaração médica, sob compromisso de honra, de que a mobilidade do(a) docente para uma das escolas indicadas é necessária para assegurar a prestação dos cuidados médicos de que carece o próprio, cônjuge, descente ou ascendente. |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.2** | **Doença incapacitante** |
| Documentos **obrigatórios** a anexar no caso de ter assinalado o ponto 3.2: | |
|  | Atestado de médico especialista que ateste a doença incapacitante nos termos do Despacho Conjunto n.º A-179/89-XI, de 12 de setembro. |
|  | Declaração médica, sob compromisso de honra, de que a mobilidade do(a) docente para uma das escolas indicadas é necessária para assegurar a prestação dos cuidados médicos de que carece o próprio, cônjuge, descente ou ascendente. |

**4. POR DEFICIÊNCIA OU DOENÇA INCAPACITANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **4.1** | Do próprio |
| **4.2** | De cônjuge ou pessoa com quem vive em união de facto |
| **4.3** | De descendente |
| **4.4** | De ascendente |

|  |  |
| --- | --- |
| Documentos **obrigatórios** a anexar no caso de ter assinalado o ponto 4.2, 4.3 ou 4.4: | |
|  | Declaração emitida pelos serviços da Autoridade Tributária que ateste que o docente e o descendente, ascendente, cônjuge ou membro de união de facto residem no mesmo domicílio fiscal **(1)**. |
|  | Documento comprovativo da relação familiar ou da qualidade de parceiro na união de facto. |

|  |  |
| --- | --- |
| Documento **obrigatório** adicional a anexar no caso de ter assinalado o ponto 4.4: | |
|  | Declaração emitida pela junta de freguesia que ateste a relação de dependência exclusiva do ascendente que coabite com o docente. |

**(1)** As declarações podem ser obtidas, de modo gratuito, no portal da Autoridade Tributária, em www.portaldasfinancas.gov.pt, em Os Seus Serviços > Obter > Certidões > Efetuar Pedido > Domicílio Fiscal.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Assinalar a(s) doença(s) incapacitante(s) de acordo com o indicado no atestado médico: | | | | |
| Acidentes vasculares cerebrais com acentuadas limitações |  | Artroses graves invalidantes |  | Cardiomiopatias graves |
| Cardiopatias isquémicas graves |  | Cardiopatias reumatismais crónicas graves |  | Coração pulmonar crónico |
| Doença de Hansen |  | Doença pulmonar crónica obstrutiva grave |  | Doenças difusas do tecido conectivo |
| Doenças graves e invalidantes do sistema nervoso central e periférico e dos órgãos dos sentidos |  | Espondilite anquilosante |  | Hemopatias graves |
| Hepatopatias graves |  | Hipertensão arterial maligna |  | Nefropatias crónicas graves |
| Sarcoidose |  | Tumores malignos |  | Vasculopatias periféricas graves |

**5. PREFERÊNCIAS:**

(é **obrigatório** o preenchimento das **sete (7) opções**, podendo ainda ser indicados concelhos)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.ª |  | Código: |  |
| 2.ª |  | Código: |  |
| 3.ª |  | Código: |  |
| 4.ª |  | Código: |  |
| 5.ª |  | Código: |  |
| 6.ª |  | Código: |  |
| 7.ª |  | Código: |  |

**6. OBSERVAÇÕES**

(no caso de não conseguir reunir toda a documentação exigida, obrigatório indicar a **data previsível** para a sua entrega, tendo como limite máximo o dia **26/07/2024**)

|  |  |
| --- | --- |
| Observações: |  |

Data:       /       /

O(A) Docente

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Assinatura legível)

***Nota Informativa:*** *Os dados pessoais preenchidos neste formulário serão tratados para a finalidade a que o mesmo se destina, assentando no cumprimento do disposto no artigo 60.º e seguintes do ECD da RAM e na Portaria n.º 247/2016, de 29 de junho, alterada pela Portaria n.º 202/2017, de 16 de junho. A informação será conservada até que a finalidade se esgote, ficando os documentos com dados pessoais arquivados no processo individual do respetivo titular, em local de acesso restrito, nos termos do RGPD. Nos termos do aviso de abertura a presente solicitação deverá ser remetida através do email gpd.regular@madeira.gov.pt. A Direção Regional de Administração Escolar, sita ao Edifício Oudinot 4.º andar, apartado 3206, 9061-901 Funchal, é a entidade destinatária destes dados, bem como a entidade responsável pelo seu tratamento, podendo ser contactada para os endereços eletrónicos drae.sre@madeira.gov.pt ou através do seu Ponto de Contacto rgpd.drae@madeira.gov.pt. O titular poderá, querendo, apresentar reclamações e queixas junto do Gabinete para a Conformidade Digital e Proteção de Dados, para o endereço eletrónico gcpd.geral@madeira.gov.pt e/ou para a Comissão Nacional de Proteção de Dados, para os endereços constantes no seu sítio https://www.cnpd.pt.*