

**Formação Profissional Regulamentada pelo MAM
Reconhecimento de certificados**

Data
dd-mm-aaaa

**Formulário 6.3 – Relatório de ocorrências
(Formulário de)**

Nº de homologação da ação
a preencher pela Entidade Formadora

Entidade formadora

Ação

Data a Duração horas

Local

Laboral Pós-laboral Misto Formação-ação Formação à distância

Tipo

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Alteração dos formandos | <input type="checkbox"/> | Alteração da calendarização | <input type="checkbox"/> |
| Aumento do número dos formandos | <input type="checkbox"/> | Alteração dos locais de formação | <input type="checkbox"/> |
| Alteração do regime de formação | <input type="checkbox"/> | Falta de equipamento e/ou material didático | <input type="checkbox"/> |
| Alteração de formadores | <input type="checkbox"/> | Alteração de coordenador | <input type="checkbox"/> |

Outras (descreva)

Descrição



Descrição (cont.)

Sugestões de melhoria

Data

Assinatura do Coordenador

