Minuta de **Aprovação do Curso Técnico Auxiliar de Farmácia pela Direção Regional da Saúde**

 Exmo. Senhor

Diretor Regional da Saúde

(**Nome da Entidade**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NIPC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sita em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, endereço eletrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telemóvel n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem, ao abrigo do n.º 2 do artigo 25.º do Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho, requerer a V. Exa. a aprovação do Curso Técnico Auxiliar de Farmácia na Região Autónoma dos Açores.

Pede deferimento,

 , de de 20

**(Assinatura (s), do(a) Diretor(a) da Entidade, conforme BI/CC)**

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Certificação emitida pela Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT) ou pela Direção Regional de Qualificação Profissional e Emprego (DRQPE);

- Referencial de Formação pela Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P.;

- Plano de Estudos com referência às unidades curriculares e sua duração (em horas);

- Conteúdo Programático, com indicação da designação do curso, indicação de cada módulo de formação e sua duração (em horas).