

CURSO DE MÚSICA LITÚRGICA
SERVIÇO NACIONAL DE MÚSICA SACRA

Fotografia

Nome _____

Morada _____

Localidade _____

C. Postal _____ - _____

Data de nascimento: 19 ___ / ___ / ___

Pai _____

Mãe _____

Profissão _____

Se é estudante, indicar o curso e o ano que frequenta

Telef. trabalho _____ Telef. residência _____

Telemóvel _____ E-mail _____

Habilitações literárias: _____

Habilitações musicais: _____

Exerce funções (*organista, director, cantor*) em paróquia ou comunidade? _____ Onde? _____

Há quanto tempo? _____ Com que frequência? _____

Se ainda não, está disposto/a a exercer esse ministério? _____

O que pretende e espera do Curso? _____

Data: 2018 / ___ / ___

Assinatura do Candidato _____

Parecer do/a Responsável

(*Pároco, Reitor, Superior/a*)

Conhece o Candidato? _____

Atesta o seu empenho na Música Sacra da sua Comunidade? _____

Está interessado em apoiar a sua formação? _____

Está disposto a garantir ao Candidato espaço na Pastoral da Música Sacra da Comunidade? _____

Data: 2018 / ___ / ___

Assinatura do/a Responsável _____