

Designação UFCD: _____
 Código UFCD: _____ Ação Nº: _____ Duração: 25 horas
 Área Formação: _____ Nível: _____

Preencher em Maiúsculas, p.f.

IDENTIFICAÇÃO DO/A PARTICIPANTE		
Nome: _____		
Morada: _____ <small>(endereço postal para envio de correspondência)</small>		
Localidade: _____	Código Postal: _____ _____	
Telefone: _____	NISS: _____	
E-mail: _____		
Data Nascimento: _____	IBAN*: PT50 _____	
N.º Contr.: _____	Doc. Identif.: _____	Nº Doc. Identific.: _____
Local Emissão: _____	Data Emissão: _____	Data Validade: _____
Habilitações Literárias: _____	Nível CNQ: _____	
Naturalidade: _____	Nacionalidade: _____	
Situação face ao emprego: _____		
Se se encontra empregado/a, por favor, preencha os seguintes campos:		
Profissão: _____		
Entidade Empregadora: _____	NIF: _____	
Sector Profissional: _____	Nº Trabalhadores: _____	
Morada: _____		
Localidade: _____	Código Postal: _____ _____	

* Para preenchimento se aplicável o pagamento de regalias. O valor correspondente às regalias é processado por transferência bancária.

Informação relativa ao agregado familiar do participante:

N.º de pessoas do agregado familiar do(a) participante: (inclui o(a) próprio(a))	
N.º de pessoas desempregadas no agregado familiar do(a) participante: (inclui o(a) próprio(a))	
N.º de pessoas inativas no agregado familiar do(a) participante: [Domésticos(as), reformados(as), estudantes com 25 ou mais anos de idade, crianças dependentes (inativos(as) menores do que 18 anos de idade, e inativos(as) entre os 18 e os 24 anos de idade, desde que vivendo com pelo menos um dos pais) e outras pessoas que não trabalham nem estudam] (inclui o(a) próprio(a))	
N.º de crianças dependentes existentes no agregado familiar do(a) participante: [Crianças dependentes (inativos(as) menores do que 18 anos de idade, e inativos(as) entre os 18 e os 24 anos de idade, desde que vivendo com pelo menos um dos pais)] (inclui o próprio)	

Agregado familiar é o conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, casamento ou outras situações equiparadas, desde que vivam em economia comum. A composição do agregado familiar do(a) participante inclui o(a) próprio(a).

O/A participante

 _____, ____ de _____ de _____
(Assinatura conforme doc. de Identificação) (Rúbrica)

Declara sob compromisso de honra que as informações constantes no presente documento correspondem à verdade e não omitem qualquer informação.

Esta entidade formadora garante a estrita confidencialidade no tratamento dos seus dados.

A informação por si disponibilizada não será partilhada com terceiros e será utilizada apenas para os fins directamente relacionados com o curso em que se inscreve.

 Caso autorize que os seus dados pessoais sejam facultados à DGERT, entidade responsável pela acreditação de entidades formadoras, para vir a ser auscultado sobre a qualidade da formação que irá frequentar, assinale com um "x" Sim Não

 Autorizo que os dados constantes desta ficha sejam processados em base de dados informatizada para efeitos de receber informação sobre as actividades da GTI VC Form, sendo tratados de forma lícita de acordo com a legislação de protecção de dados pessoais (Lei n.º 67/08, de 26 de Outubro, com as alterações introduzidas pela Retificação n.º 22/98, de 28-11, pela Lei n.º 67/98, de 26-10, pela Retificação n.º 22/98, de 28-11 e pela Lei n.º 103/2015, de 24-08). Sim Não

 Autorizo que os dados constantes desta ficha sejam utilizados pelo Centro Qualifica para efeito de registo das qualificações e competências adquiridas ou a adquirir, sendo tratados de forma lícita de acordo com a legislação de protecção de dados pessoais (Lei n.º 67/08, de 26 de Outubro, com as alterações introduzidas pela Retificação n.º 22/98, de 28-11, pela Lei n.º 67/98, de 26-10, pela Retificação n.º 22/98, de 28-11 e pela Lei n.º 103/2015, de 24-08).. Sim Não

A Preencher Pelos Serviços GTI VC Form:

Operação.: _____	Local: _____	Data início: _____
Data Recepção: ____ / ____ / _____	Documentação Entregue: <input type="checkbox"/> Cópia do Certificado de Habilitações <input type="checkbox"/> Cópia Documento de Identificação (sinalizando autorização à entidade Formadora p/ utilização) <input type="checkbox"/> Autorização para utilização do documento de identificação pela entidade formadora <input type="checkbox"/> Comprovativo NIB (se aplicável) <input type="checkbox"/> Comprovativo Sit. face ao emprego / horário <input type="checkbox"/> Atestado da Junta de Freguesia do participante com dados relativos ao agregado familiar	
Assinatura: _____		

Notas de Seleção:

_____ / ____ / _____ Assinatura: _____

Designação UFCD: _____
Código UFCD: _____ Ação Nº: _____ Duração: 25 horas
Área Formação: _____ Nível: _____

Assinalar com **X** - as UFCD nas quais se pretende inscrever, caso seja mais do que uma ação

UFCD	DESIGNAÇÃO DA UFCD	HORAS	ASSINALE
4798	Prevenção e Combate a Incêndios	25	
8308	Língua Francesa – Turismo e Hotelaria	25	
1531	Gestão de Conflitos	25	
3564	Primeiros Socorros	25	
9219	Social Media	25	
3462	Língua Inglesa – Informação e Orientação	25	