

Atenção! Só serão consideradas as inscrições cujas fichas estejam totalmente preenchidas e em MAÍUSCULAS

CURSO _____ **DATA DO CURSO** _____

Candidato

NOME COMPLETO:

NACIONALIDADE:

NACIONALIDADE:

DATA NASCIMENTO:

DOCUMENTO IDENTIFICAÇÃO:

EMITIDO EM:

VALIDADE: ___/___/___

(BI / CARTÃO CIDADÃO / OUTRO)

Morada

RUA/AVENIDA:

LOCALIDADE:

CÓDIGO POSTAL _____ / _____

TELEFONE:

TELEMÓVEL

E-MAIL:

Habilitações (Académicas e Profissionais)

SECUNDÁRIO:

MÉDIO:

LICENCIATURA

COMPLEMENTAR:

BACHARELATO:

MESTRADO/DOCTORAMENTO

QUAL ? _____

Funções (preenchimento obrigatório)**Organismo / Instituição**

DESIGNAÇÃO:

MORADA:

LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL _____ / _____

TELEFONE:

FAX:

E_MAIL:

UNIDADE SAÚDE LOCAL:

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE :

O Dirigente do Serviço***Dado o interesse para o Serviço Autorizo Assinatura***

_____/_____/_____

O Candidato

_____/_____/_____

CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDADE: AUTORIZO A DIVULGAÇÃO DA INFORMAÇÃO JUNTO DO POPH -PROGRAMA OPERACIONAL POTENCIAL HUMANO E/OU ENTIDADES DE CONTROLO DAS ACÇÕES DE FORMAÇÃO SIM ___ NÃO ___

JÁ FREQUENTOU ALGUM CURSO DA APDP ? SIM ___ NÃO ___ QUANDO ? _____ QUAL ? _____

ESTA FICHA DE INSCRIÇÃO QUANDO ENVIADA, DEVERÁ SER ANEXADA AO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO, QUE DEVERÁ SER PREENCHIDO E QUE ENCONTRARÁ EM ANEXO. NÃO ACEITAREMOS A FICHA DE INSCRIÇÃO SEM O QUESTIONÁRIO.

Rua do Salitre, 118-120 - 1250-203 Lisboa - Tel: 21 381 61 82/Fax: 21 385 93 71
E_mail: diabetes@apdp.pt www.apdp.pt