



\* Campos de preenchimento obrigatório

FORMAÇÃO PROFISSIONAL 2008

IDENTIFICAÇÃO DO FORMANDO

\*Nome  \*Sócio n.º

\*Morada

\*Cód. Postal  —  \*Localidade

\*Dat. Nasc.  —  —  Telefone  Telemóvel

\*B.I.  \*Data Emissão  —  —  \*Arquivo

\*Contribuinte  NIB

E-Mail

\*Habilitações Literárias

<input type="checkbox"/> < 6º Ano	<input type="checkbox"/> 10º Ano	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Entre o 6º e o 8º Ano	<input type="checkbox"/> 11º Ano	<input type="checkbox"/> Outro/Identifique
<input type="checkbox"/> 9º Ano	<input type="checkbox"/> 12º Ano	<input type="text"/>

DADOS PROFISSIONAIS

\*Local Trabalho

\*Categoria

\*Carreira

\*Vínculo: Quadro  Contrato Termo   
Outros

\*Descrever sucintamente as funções que executa:

CANDIDATURA

1ª OPÇÃO TURMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2ª OPÇÃO TURMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Encontra-se neste momento a frequentar algum processo de Reconhecimento; Certificação e Validação de Competências (RVCC):</b>
3ª OPÇÃO TURMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4ª OPÇÃO TURMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Indique qual o horário em que estaria disposto a frequentar as acções de formação:

LABORAL  PÓS-LABORAL

A preencher no caso de pretender frequentar acções de informática:

	sim	não
Utiliza computador no seu local de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possui conhecimentos de WORD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possui conhecimentos de EXCELL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Se sim, em que Instituição:*

Para obter equivalência ao 6º Ano   
Para obter equivalência ao 9º Ano   
Para obter equivalência ao 12º Ano

*Se não, estaria interessado em frequentar algum processo de RVCC:*

Para obter equivalência ao 6º Ano   
Para obter equivalência ao 9º Ano   
Para obter equivalência ao 12º Ano

AUTORIZAÇÃO

*Assinatura do Formando  _____  Data ____/____/____	*RESPONSÁVEL DO SERVIÇO  _____  ( Assinatura validada com selo branco ou carimbo a óleo )
-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Autorizo o Departamento de Formação do STFP do Centro, a utilizar os meus dados pessoais relativos à identificação, endereço e contactos para efeitos de divulgação, publicidade ou outra actividade promocional, no âmbito da formação profissional.

Autorizo o Departamento de Formação do STFP do Centro, a utilizar os meus dados pessoais relativos à identificação, endereço e contactos para efeitos de uma eventual consulta sob forma de inquérito, no âmbito dos procedimentos de acompanhamento do Sistema de Acreditação.

AUTORIZADA A FREQUÊNCIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Esta ficha pode ser fotocopiada ou ser descarregada em www.stfpcentro.pt)