



* Campos de preenchimento obrigatório

FORMAÇÃO PROFISSIONAL 2008

IDENTIFICAÇÃO DO FORMANDO

*Nome

*Sócio n.º

Grid for name and socio number

*Morada

Grid for address

*Cód. Postal

*Localidade

Grid for postal code and locality

*Dat. Nasc.

Telefone

Telemóvel

Grid for date of birth, phone, and mobile number

*B.I.

*Data Emissão

*Arquivo

Grid for B.I., date of issue, and archive number

*Contribuinte

NIB

Grid for taxpayer and NIB

E-Mail

Grid for email

*Habilitações Literárias

< 6º Ano

10º Ano

Licenciatura

Entre o 6º e o 8º Ano

11º Ano

Outro/Identifique

9º Ano

12º Ano

Grid for other qualifications

DADOS PROFISSIONAIS

*Serviço

Grid for service

*Categoria

Grid for category

*Carreira

Grid for career

*Vínculo:

Quadro

Contrato Administrativo Provimento (CAP)

Contrato Termo

Contrato Individual de Trabalho (CIT)

Mobilidade Especial

Outros

*Descrever sucintamente as funções que executa:

Grid for job description

CANDIDATURA

1ª OPÇÃO

2ª OPÇÃO

TURMA

TURMA

3ª OPÇÃO

4ª OPÇÃO

TURMA

TURMA

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:

Utiliza computador no seu local de trabalho

Possui conhecimentos de WORD

Possui conhecimentos de EXCELL

sim não

sim não

sim não

sim não

Encontra-se neste momento a frequentar algum processo de Reconhecimento; Certificação e Validação de Competências (RVCC):

Se sim, em que Instituição:

Grid for institution name

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

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Formação Inicial Pedagógica de Formadores

Formação Reciclagem "Animação de Grupos"

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)