

* Campos de preenchimento obrigatório

FORMAÇÃO PROFISSIONAL 2009

IDENTIFICAÇÃO DO FORMANDO

***Nome** _____ ***Sócio n.º** _____

***Morada** _____

***Cód. Postal** _____ ***Localidade** _____

***Dat. Nasc.** _____ **Telef.** _____ **Telemóv.** _____

***B.I.** _____ ***Dat. Emissão.** _____ ***Arq.** _____

***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	_____

DADOS PROFISSIONAIS

***Escola/Serviço** _____

***Morada** _____

***Cód. Postal** _____ ***Localidade** _____

***Telef.** _____ ***Fax** _____ ***E-Mail** _____

***Categoria** _____

Vínculo

<input type="checkbox"/> RCTFP	<input type="checkbox"/> Contrato Individual Trabalho
<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Efectivo
<input type="checkbox"/> a Termo	<input type="checkbox"/> a Termo
<input type="checkbox"/> Outro _____	

Vencimento Ilíquido _____ €

Posição Remuneratória _____

Nível Remuneratório _____

***Descrever sucintamente as funções que executa:** _____

CANDIDATURA

1ª OPÇÃO TURMA N.º _____ **2ª OPÇÃO** TURMA N.º _____

3ª OPÇÃO TURMA N.º _____ **4ª OPÇÃO** TURMA N.º _____

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

LABORAL **PÓS-LABORAL**

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

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)

AUTORIZADA A FREQUÊNCIA ____/____/____

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 auscultação sob forma de inquérito, no âmbito dos procedimentos de acompanhamento do Sistema de Acreditação.