

* Campos de preenchimento obrigatório FORMAÇÃO PROFISSIONAL 2010

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

< 6º Ano 10º Ano Licenciatura

Entre o 6º e o 8º Ano 11º Ano Outro/Identifique

9º Ano 12º Ano

DADOS PROFISSIONAIS

*Escola/Serviço

*Morada

*Cód. Postal – *Localidade

*Telef. *Fax *E-Mail

*Categoria

Vínculo

RCTFP Contrato Individual Trabalho

Efectivo Efectivo

a Termo a Termo

Outro

Vencimento Ilíquido _____ €

Posição Remuneratória _____

Nível Remuneratório _____

*Descrever sucintamente as funções que executa:

CANDIDATURA

1ª OPÇÃO ACÇÃO N.º 2ª OPÇÃO ACÇÃO N.º

3ª OPÇÃO ACÇÃO N.º 4ª OPÇÃO ACÇÃO 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

Date ____/____/____

*RESPONSÁVEL DO SERVIÇO

(Assinatura validada com selo branco ou carimbo a óleo)

AUTORIZADA A FREQUÊNCIA ____/____/____

Autorizo o Departamento de Formação do STFPSCentro, 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 STFPSCentro, 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.