

* Campos de preenchimento obrigatório FORMAÇÃO PROFISSIONAL 2011

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

*Local Trabalho/Serviço

*Morada

*Cód. Postal - *Localidade

*Telef. - *Fax - *E-Mail

*Categoria

Vínculo

<input type="checkbox"/> RCTFP	<input type="checkbox"/> Contrato Individual Trabalho	Vencimento
<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Efectivo	Ilíquido
<input type="checkbox"/> a Termo	<input type="checkbox"/> a Termo	Posição Remuneratória
<input type="checkbox"/> Outro		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

Data / /

*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.

(Esta ficha pode ser fotocopiada)