



CENTRO QUINTA DOS INGLESINHOS

FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de Admissão : ____/____/____

Nº de inscrição:

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

| | | | |
|----------------------------|------|---------------------|-------|
| Nome | | | |
| Data de Nascimento | | Idade | |
| Naturalidade | | Nacionalidade | |
| Documento de Identificação | Tipo | Nº | Val. |
| Morada | | Lote/Nº | Andar |
| Localidade | | Código Postal | |
| Telefone | | TM | |
| E-mail | | | |
| Habilitações Literárias | | | |
| SNS | | Nº Cartão de Utente | |
| Outro Subsistema de Saúde | | Nº de Beneficiário | |
| NIF | | Bº Fiscal | |
| NISS | | | |

2. FILIAÇÃO

Mãe

| | | | |
|----------------------------|------|---------------|-------|
| Data de Nascimento | | Estado Civil | |
| Naturalidade | | Nacionalidade | |
| Morada | | Lote/Nº | Andar |
| Localidade | | Código Postal | |
| Documento de Identificação | Tipo | Nº | Val. |
| NIF | | | |
| Telefone (Casa) | | TM | |

Pai

| | | | |
|--------------------|--|---------------|--|
| Data de Nascimento | | Estado Civil | |
| Naturalidade | | Nacionalidade | |

Pêra de Baixo | 2825-108 Caparica

Telef.: 21 294 55 30 | Fax: 21 294 55 39 | email: geral.qi@appacdm-lisboa.pt | web: www.appacdm-lisboa.pt

Cofinanciado por:





CENTRO QUINTA DOS INGLESINHOS

| | | | |
|----------------------------|---------------|-------|------|
| Morada | Lote/Nº | Andar | |
| Localidade | Código Postal | | |
| Documento de Identificação | Tipo | Nº | Val. |
| NIF | | | |
| Telefone (casa) | TM | | |

3. PESSOA DE REFERÊNCIA

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|------|
| Nome | | | |
| Grau de Afinidade com o Candidato | | | |
| Data de Nascimento | | Estado Civil | |
| Naturalidade | | Nacionalidade | |
| Morada | Lote/Nº | Andar | |
| Localidade | Código Postal | | |
| Documento de Identificação | Tipo | Nº | Val. |
| NIF | | | |
| Telefone (casa) | TM | | |
| Habilitações Literárias | | Profissão | |
| Local de Trabalho | Tel. | Horário de Trabalho | |
| Horário para Contacto | | E-MAIL | |

4. AGREGADO FAMILIAR

| Nome | Parentesco | D.N. | Habilitações Literárias | Profissão |
|------|------------|------|-------------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

OBS.

5. CURRÍCULO ACADÉMICO

| Ano | Estabelecimento Ensino | Ensino regular | Ensino Especial | Idade |
|-------------|------------------------|----------------|-----------------|-------|
| Pré-Escolar | | | | |
| 1º Ciclo | | | | |
| 2º Ciclo | | | | |
| 3º Ciclo | | | | |



CENTRO QUINTA DOS INGLESINHOS

6. SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| À procura do 1º emprego | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Desempregado há menos de 1 ano | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Desempregado de longa duração (mais de 1 ano) | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| ID | Centro de Emprego | |

OBS.

7. Motivo da Candidatura

8. INSCRIÇÃO NOUTRAS INSTITUIÇÕES

| | |
|-----|--------------|
| Sim | Especifique: |
| Não | |

Recorte pelo picotado e entregue ao candidato



COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO

Pêra de Baixo | 2825-108 Caparica

Telef.: 21 294 55 30 | Fax: 21 294 55 39 | email: geral.qi@appacdm-lisboa.pt | web: www.appacdm-lisboa.pt

Cofinanciado por:





9. ASPETOS DE DESENVOLVIMENTO/SAÚDE

| Caracterização da Deficiência / Incapacidade | Tipo | Limitações da Atividade ou Restrições da Participação | Utilização de produtos de apoio |
|--|------|---|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Vacinação | | | |

Os clientes, ou os seus representantes, assumem total responsabilidade pela atualização das informações fornecidas, sempre que se justifique. A APPACDM de LISBOA responsabiliza-se em assegurar a privacidade relativa aos dados pessoais do Cliente, garantindo que estes são usados estritamente para os fins que legitimaram a sua recolha e nos termos definidos na legislação em vigor.

| Candidato | Familiar/Representante Legal | Técnico | Função |
|-----------|------------------------------|---------|--------|
| | | | |

COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO (destacável)



COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

Data de inscrição: _____ Nº de inscrição: _____

Resposta social/serviço: _____

O Técnico: _____