



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: _____