

CURSO/ FORMAÇÃO MODULAR: _____

NOME: _____
MORADA: _____
CODIGO POSTAL: _____ - _____ LOCALIDADE: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NIF: _____
CARTÃO DE CIDADÃO N.º (ou Bilhete de Identidade): _____ VALIDADE: ____/____/____
NATURALIDADE: _____ EMAIL: _____
TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____

COLOQUE UM **X** NAS OPÇÕES QUE ESTÃO DE ACORDO COM A SUA SITUAÇÃO ATUAL:

Empregado: ☐ por Conta de Outrem
☐ por Conta Própria

Desempregado: ☐ de Longa Duração (mais de 1 ano)
☐ de Curta Duração (menos de 1 ano)
☐ à Procura do 1º Emprego

Outras Situações: ☐ Reformado ☐ Inválido ☐ Outra situação. Qual? _____

PROFISSÕES DESEMPENHADAS (ao longo do seu percurso profissional): _____

HABILITAÇÕES ESCOLARES: _____ ANO DE CONCLUSÃO: _____

INSCRIÇÃO NO CENTRO QUALIFICA: ☐ SIM ☐ NÃO

Se sim, qual? _____

PREENCHER APENAS NO CASO DE SER DESEMPREGADO

Recebe subsídio de desemprego: ☐ SIM ☐ NÃO

Está inscrito no Instituto de Emprego e Formação Profissional: ☐ SIM ☐ NÃO

É beneficiário de RSI (Rendimento Social de Inserção): ☐ SIM ☐ NÃO

PREENCHER APENAS NO CASO DE SER EMPREGADO

DIMENSÃO DA EMPRESA (n.º trabalhadores): ☐ 1 a 9 ☐ 10 a 49 ☐ 50 a 250 ☐ + de 250

Profissão: _____ Entidade Empregadora: _____

Morada Entidade Empregadora: _____

OBSERVAÇÕES: _____

DATA: ____/____/____ ASSINATURA: _____

(Declaro sob compromisso de honra que todas as informações prestadas são verdadeiras)

NOTA: Anexar cópia do CC, do Certificado de Habilitações e comprovativo da situação face ao emprego.

Para os devidos efeitos e no que se refere a este registo de inscrição em Formação Modular Certificada, consinto de forma livre, específica, informada e inequívoca que a ADRMAG, na qualidade de responsável pelo tratamento de dados nos termos da legislação de proteção de dados atualmente em vigor, proceda à recolha e tratamento de dados pessoais, com a finalidade específica de gestão e organização administrativa das inscrições nas referidas FMC e envio de informação relativa ao mesmo para os formandos.