\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ficha de Inscrição

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e** **Horário da Formação:**  | CÁLCULO DE COMPARTICIPAÇÕES FAMILIARES | **Data da****Formação:** | 25/11/2021 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Completo** |  |
| **Data de Nascimento** |  |
| **Naturalidade** |  |
| **Nacionalidade** |  |
| **Localidade e Concelho** (onde reside) |  |
| **Código de Postal** (onde reside) |  |
| **Documento Identificativo Pessoal** (indicar qual ex: CC, BI, Passaporte…) |  |
| **Nº do Documento** (ex.: nº Identificação Civil,…) |  |
| **NIF** |  |
| **Validade do Documento identificativo Pessoal** |  |
| **E-mail** |  |
| **Contacto telefónico** |  |
| **Categoria Profissional**  |  |
| **INSTITUIÇÃO****NIF** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aceito que meus dados de contato e utilização sejam recolhidos e tratados, pela Uripss Algarve, para a seguinte finalidade:

- Formações / Workshops / Sessões de Esclarecimento e Informação.

Ao aceitar estou a autorizar a Uripss Algarve a tratar os meus dados de contato e de utilização com a finalidade de prestar um melhor serviço e para me informar sobre ações de formação e outras que considere relevantes.

**SIM ⃝ NÃO ⃝**

|  |
| --- |
| Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |