**FICHA DE INSCRIÇÂO**

|  |
| --- |
| **AÇÃO DE FORMAÇÃO: PRIMEIROS SOCORROS PEDIATRICOS**  **SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIATRICO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | |
| INSTITUIÇÃO: | | | | | |
| MORADA: | | | | | |
| LOCALIDADE: | | | | | CÓDIGO POSTAL: |
| CONTRIBUINTE: | | | CONTACTO: | | |
| NOME PARTICIPANTE: | | | | | |
| CONTRIBUINTE: | | | | | |
| E-mail: | | | | CONTACTO: | |
| FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO: | | | | | |
| **PRIMEIROS SOCORROS PEDIÁTRICOS** | SIM NÃO | | | | |
| DATA: 16 Outubro – 23 Outubro |  | | | | |
| **SUPORTE BÁSICO VIDA PEDIÁTRICO** | SIM NÃO | | | | |
| HORÁRIO: 09:00H – 13:00 H | | LOCAL: A definir | | | |
| 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 acções de formação e outras que considere relevantes.  SIM ⃝ NÃO ⃝ | | | | | |
|  | | | | | |
| Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |