**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |