**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| **AÇÃO DE FORMAÇÃO: CUIDADOS A TER COM A TERAPÊUTICA GERIÁTRICA** |

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS**  |
| INSTITUIÇÃO:  |
| MORADA: |
| LOCALIDADE: | CÓDIGO POSTAL:  |
| CONTRIBUINTE: | CONTATO: |
| NOME PARTICIPANTE:  |
| CONTRIBUINTE: |
| E-mail: | CONTATO: |
| FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO: |
| FORMA DE PAGAMENTO: **GRATUITO**  |
| HORÁRIO: 10:00H – 12:00 H  | LOCAL: Sede da Uripss Algarve |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

