

1. Identificação do(a) Candidato(a)

Nome:	
Morada:	
Código Postal:	Freguesia e Concelho:
Nacionalidade:	Data de Nascimento:
Telefone:	Telemóvel:
E- Mail:	
Documento de Identificação: B.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>	N.º :
Contribuinte N.º:	Data de Validade:

2. Habilitações Escolares

9º Ano <input type="checkbox"/>	Bacharelato <input type="checkbox"/>
10º Ano <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
11º Ano <input type="checkbox"/>	Pós Graduação/Mestrado <input type="checkbox"/>
12º Ano <input type="checkbox"/>	

3. Histórico Formativo

Já Frequentou Outras Ações de Formação?	<input type="checkbox"/> Não	Entidade: Curso:
	<input type="checkbox"/> Sim	

4. Situação Profissional Atual

À procura do 1º. Emprego	<input type="checkbox"/>	
Desempregado(a):	<input type="checkbox"/>	
Empregado(a)	<input type="checkbox"/>	Profissão:
Trabalhador(a) por Conta de Outrem	<input type="checkbox"/>	Entidade Empregadora:
Trabalhador(a) por Conta Própria	<input type="checkbox"/>	

Acção Co-Financiada por:

5. Formação Pretendida

Prioridade	Curso
1ª. Opção	
2ª. Opção	
3ª. Opção	

6. Como Tomou Conhecimento das Ações de Formação da Sol do Ave

Jornal Correspondência E-mail Internet Contacto Pessoal

Outra Qual:

7. Informações Complementares

Observações (motivação para frequentar a Formação):

8. Documentos de Entrega Obrigatória

Documento de Identificação <input type="checkbox"/>	Certificado de Habilitações/Certificados Formação <input type="checkbox"/>
Número de Contribuinte <input type="checkbox"/>	Documento comprovativo de Situação de Emprego <input type="checkbox"/>

DATA:

(Assinatura)

- Autorizo a SOL DO AVE a utilizar os meus dados pessoais, relativos a identificação, endereço e contacto para a divulgação de ações de formação e/ou outros eventos relacionados com a sua atividade.
- Autorizo a divulgação dos meus dados pessoais relativos a identificação e contactos para uma eventual auscultação por parte do Sistema de Acreditação (DGERT).



Espaço Reservado aos Serviços Administrativos

Processamento da Candidatura

Responsável Pelo Processamento

Data: ____/____/____

Rubrica: _____

Resultado da Avaliação da Candidatura

Aprovado: 1ª. Opção 2ª. Opção 3ª. Opção

Não Aprovado

Responsável Pela Avaliação:

Data:

Rubrica