

Política de Proteção de Dados Pessoais

Os seus dados e informações contidos neste formulário serão armazenados no Ficheiro de Inscrição de Candidatos na Resposta social.

Caso não concorde por favor não preencha o formulário.

Resposta Social (assinalar a pretendida)

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas		Centro de Dia		Serviço de Apoio Domiciliário	
--	--	----------------------	--	--------------------------------------	--

Dados do Candidato

Nome (completo):	
-------------------------	--

Telefone		Telemóvel	
----------	--	-----------	--

Data de Nascimento		Sexo	M		F		Idade		Anos
Naturalidade		Nacionalidade							

Morada	
Código Postal	

Dados da(s) Pessoa(s) Significativa(s) do Candidato

1º Significativo	
Nome:	
Parentesco/ Relação ⁽¹⁾ :	

Morada:	
Código Postal:	
Telefone:	Telemóvel

2º Significativo	
Nome:	
Parentesco/ Relação ⁽¹⁾ :	

Morada:	
Código Postal:	
Telefone:	Telemóvel

(1)Parentesco/Relação – conjugue, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – Responsável, amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS**Entrevista com a Diretora Técnica**

Data/Hora da Entrevista:		Rubrica:	
Comunicação do dia/hora da entrevista (assinalar o aplicável)	Presencial	Telefone	Ofício email Rubrica:

Data da Inscrição ___/___/___	Assinatura do Candidato
	Assinatura do Significativo