Ficha de Inscrição do Formando

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Identificação da Ação de Teleformação** |
| **1** | Ação: |
| Local onde vai assistir: | Data: |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **Identificação do Formando** |
| Nome: |
| Morada: |
| Localidade: : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|  |
| Data de nascimento: / / |  |
| N.º Identificação Civil (CC/BI): |
| N.º Identificação Fiscal: |  |
| Naturalidade: | Nacionalidade: |
| Telemóvel: | Telefone: |
| E-mail:  |  |
| Habilitações Literárias:  | Curso:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Dados Profissionais** |
| Instituição: |
| Serviço: |
| Morada: |
| Localidade: : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|  |
| Telefone: | Fax: |  |
| Grupo Profissional: | Categoria: |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Assinatura do Formado proposto** |
|  |
| |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **Parecer do Responsável do Serviço** |
|  | **ASSINATURA**CARIMBO OU SELO BRANCO |
| |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| 🞎 Autorizo a frequência da formação |

**Nota:** O resultado da sua inscrição será comunicada via email.

|  |
| --- |
| O original deste documento deve ser, obrigatoriamente, enviado para o seguinte endereço:**Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE - Unidade de Telessaúde** **Largo Senhor da Pobreza | 7000 – 811 Évora**E-mail – utelemedicina@hevora.min-saude.pt |

|  |  |
| --- | --- |
| Tomei conhecimento e aceito as condições de inscrição e de frequência desta ação de formação e as condições gerais do funcionamento da formação definida pelo Núcleo de Formação? Se sim, assinale com x no quadrado | 🞎 |
| Relativamente à recolha e utilização destes dados, informa-se que os mesmos se destinam exclusivamente à inscrição na ação de teleformação e posterior emissão de certificado, no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade do Programa de Telessaúde do Alentejo. Mais se informa que os mesmos são destruídos após 2 anos. Se autoriza, assinale com x no quadrado | 🞎 |