

### IDENTIFICAÇÃO AÇÃO FORMATIVA

Nome:	INVESTIGAÇÃO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL				
Data:	28 DE MAIO DE 2021				
Projeto N.º	POISE-03-4538-FSE-000525	Curso N.º	38	Ação N.º	1

### IDENTIFICAÇÃO FORMANDO(A)

Nome Completo(*):	_____				
Morada(*):	_____	Cod.Postal(*):	_____	-	_____
Localidade(*):	_____	Naturalidade(*):	_____	Nacionalidade(*):	_____
Sexo(*):	_____	Data de Nascimento- (AAAA-MM-DD)(*):	_____		
Telemóvel(*):	_____	E-mail(*):	_____		
Tipo Documento de Identificação(*):	_____				
Autorização Residência	<input type="checkbox"/>	Nº Documento Identificação(*):	_____		
Identificação Cívil	<input type="checkbox"/>	Válido Até(*):	_____		
Militar	<input type="checkbox"/>				
Passaporte	<input type="checkbox"/>				
NIF(*):	_____	NISS(*) (Segurança Social 11 dígitos) :	_____		

### HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Habilitações Académicas - completas(*):	_____
---	-------

### SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO

Empregado(*)	<input type="checkbox"/>	Trabalhador(a) p/ conta de outrem - interno	<input type="checkbox"/>
Vinculo(*):	_____	Trabalhador(a) p/ conta de outrem - externo	<input type="checkbox"/>
		Trabalhador(a) p/ conta própria	<input type="checkbox"/>

### DADOS PROFISSIONAIS

Serviço/Organismo(*):	_____	Categoria Profissional(*):	_____
-----------------------	-------	----------------------------	-------

### CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Nº de Pessoas do agregado familiar incluindo o próprio(*):	<input type="checkbox"/>
Nº de pessoas desempregadas no agregado família incluindo o próprio(*):	<input type="checkbox"/>
Nº de Pessoas inativas no agregado familiar(*) (**)	<input type="checkbox"/>
Nº de crianças dependentes existentes no agregado familiar (*) (***)	<input type="checkbox"/>

Assinatura participante:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura responsável serviço:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### \* Campos de preenchimento obrigatório

\*\* Domésticos(as), reformados(as), estudantes >=25 anos de idade, crianças dependentes inativas <18 anos e inativos entre 18 e 24 anos de idade, desde que vivendo c/ pelo menos um dos pais e outras pessoas que não trabalham nem estudam \*\*\* Crianças dependentes inativos <18 anos de idade e entre os 18 e 24 anos de idade, desde que viva pelo menos c/um dos pais

Os dados pessoais aqui recolhidos bem como os dados que venham posteriormente a ser recolhidos no âmbito desta ação formativa serão tratados pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (ARSA), - responsável pelo tratamento - através do seu Núcleo de Formação, com a finalidade de gestão do processo de formação, nomeadamente, análise e gestão das inscrições, constituição do dossier técnico-pedagógico, processamento da respetiva certificação e, caso a ação formativa seja cofinanciada, para cumprimento de obrigações legais e contratuais para a entidade gestora do POISE, com base na relação estabelecida através da presente inscrição.

**Mediante o seu consentimento livre:**

- Os seus dados pessoais poderão ser utilizados para divulgação de atividades da ARSA a qualquer momento poderá retirar o seu consentimento para essa finalidade de tratamento, sem prejuízo dos tratamentos realizados com base no consentimento previamente dado. Neste contexto:

Autorizo que sejam utilizados os meus dados pessoais para envio de divulgação de atividade da ARSA.

- Poderão ser recolhidas imagens (fotografias e/ou vídeos ) durante a sessão.

Autorizo a recolha de imagem (fotografia) para utilização em materiais de divulgação e informação relativa às atividades da ARSA.

Autorizo a recolha de imagem (vídeo) para utilização em materiais de divulgação e informação relativa às atividades da ARSA.

Para mais informação consulte a POLÍTICA DE PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS NO ÂMBITO DA ATIVIDADE DO NÚCLEO DE FORMAÇÃO.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do titular: \_\_\_\_\_