

### IDENTIFICAÇÃO AÇÃO FORMATIVA

Nome: Workshop Comunicação Inclusiva - Igualdade de Género

Data: 4 de março de 2021

Projeto N.º POISE-03-4538-FSE-000525 Curso N.º \_\_\_\_\_ 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

Vinculo(\*): \_\_\_\_\_

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

Nº de pessoas desempregadas no agregado família incluindo o próprio(\*):

Nº de Pessoas inativas no agregado familiar(\*) (\*\*):

Nº de crianças dependentes existentes no agregado familiar (\*) (\*\*\*)

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: \_\_\_\_\_



