

IDENTIFICAÇÃO AÇÃO FORMATIVA

Nome: Abordagem Clínica e Psicossocial no Domínio do Jogo

Data: 14 de junho 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"/>	
Militar	<input type="checkbox"/>	Válido Até(*): _____
Passaporte	<input type="checkbox"/>	

NIF(*): _____ NISS(*) (Segurança Social 11 dígitos) : _____

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Habilitações Académicas - completas(*): _____

SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO

Empregado(*)

Vínculo(*): _____

Trabalhador(a) p/ conta de outrem - interno

Trabalhador(a) p/ conta de outrem - externo

Trabalhador(a) p/ conta própria

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 inativas <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: _____