

## Ficha de Inscrição do Formando

<b>Identificação da Ação de Teleformação</b>	
1	Ação: <b>TRATAMENTO DE FERIDAS</b>
	Local onde vai assistir: _____ Data: <b>10/07/2019</b>

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

<b>Dados Profissionais</b>	
	Instituição: _____
	Serviço: _____
3	Morada: _____
	Localidade: :  _ _ _ _  -  _ _ _
	Telefone: _____ Fax: _____
	Grupo Profissional: _____ Categoria: _____

<b>Assinatura do Formado proposto</b>	
4	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> _ _  /  _ _  /  _ _ _ _ </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>

<b>Parecer do Responsável do Serviço</b>	
5	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> _ _  /  _ _  /  _ _ _ _ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ASSINATURA   CARIMBO OU SELO BRANCO </div> </div> <input type="checkbox"/> 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@hevara.min-saude.pt](mailto:utelemedicina@hevara.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 no Regulamento de Funcionamento da Formação? Se sim, assinale com x no quadrado	<input type="checkbox"/>
Nos termos da Norma Nacional de Proteção de Dados Pessoais os dados aqui apresentados apenas poderão ser divulgados para efeitos de acompanhamento e avaliação da formação. Para além das situações referidas, autoriza que os seus dados pessoais possam ser utilizados para a comunicação de iniciativas e de informação de natureza associativa ou pessoal por parte da Administração Regional de saúde do Alentejo, I.P. (ARSA)? Se autoriza, assinale com x no quadrado	<input type="checkbox"/>