

## Ficha de Inscrição do Formando

### Identificação da Ação de Teleformação

1	Ação:	
	Local onde vai assistir:	Data:

### Identificação do Formando

2	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:

### Dados Profissionais

3	Instituição:	
	Serviço:	
	Morada:	
	Localidade: :  _ _ _ _  -  _ _ _ _	
	Telefone:	Fax:
	Grupo Profissional:	Categoria:

### Assinatura do Formando proposto

4	_ _  /  _ _  /  _ _ _ _	
---	-------------------------	--

### Parecer do Responsável do Serviço

5	_ _  /  _ _  /  _ _ _ _	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ASSINATURA   CARIMBO OU SELO BRANCO </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@hevora.min-saude.pt](mailto: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	<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"/>