

7 **INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA ANÁLISE DA CANDIDATURA**

7.1 CONSIDERA QUE A FREQUÊNCIA DESTA AÇÃO DE FORMAÇÃO IRÁ CONTRIBUIR PARA UM MELHOR DESEMPENHO DAS SUAS FUNÇÕES?

SIM NÃO

PORQUÊ?

7.2 QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS RELATIVAMENTE À AÇÃO DE FORMAÇÃO

7.3 FUNÇÕES QUE DESEMPENHA

7.4 FORMAÇÃO ANTERIOR NO MESMO DOMÍNIO

7.5 OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES

8 **RESERVADO AO GABINETE DE FORMAÇÃO**

RECEBIDO EM: ___/___/___

POR: _____

Nº INSCRIÇÃO: _____

ADMITIDO

NÃO ADMITIDO

AVISADO EM:

____/____/____
DATA

OBSERVAÇÕES:

RESPONSÁVEL PELA SELEÇÃO:

DATA:

____/____/____

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DA FICHA, SOB PENA DE EXCLUSÃO

Enviar ficha de inscrição para o Gabinete de Formação do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Largo Senhor da Pobreza 7000-811 Évora

Ext: 1217 ou 1219 / Telef: 266 740 102 / Fax: 266 740 117



Ministério da Saúde



Governo da República Portuguesa