

Ficha de Inscrição do Formando

Identificação da Ação de Teleformação	
1	Ação: Saúde e Envelhecimento
	Local onde vai assistir: _____ Data: 16/11/2018
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 Formado proposto	
4	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> _ _ / _ _ / _ _ _ _ </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
Parecer do Responsável do Serviço	
5	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> _ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Autorizo a frequência da formação </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ASSINATURA CARIMBO OU SELO BRANCO </div> </div>

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