

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