

Ficha de Pré-Inscrição

Ação de Formação: Plantas aromáticas, medicinais e condimentares (25h)

1. IDENTIFICAÇÃO DO/A FORMANDO/A

Nome:		
Morada:		Cód. Postal:
Nacionalidade:	Data de Nascimento:	Idade:
Naturalidade:	Telemóvel:	
Telefone:	E-mail:	
C.C. Nº:	(4 dígitos):	Válido até:
Contribuinte nº:	N.º de Segurança Social:	
IBAN (se aplicável):	Banco:	

2. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

--

3. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

<input type="checkbox"/> Empregado/a por conta de outrem – Externos	<input type="checkbox"/> Empregado/a por conta própria
<input type="checkbox"/> Se está desempregado/a, em que data se verificou a situação de desemprego? ___ / ___ / ___	
<input type="checkbox"/> Empregado/a do setor agrícola: <input type="checkbox"/> Empresário/a; <input type="checkbox"/> Não Empresário/a; <input type="checkbox"/> Mão-de-obra agrícola familiar	

4. DADOS PROFISSIONAIS (se aplicável)

Empresa:	NIPC:
Setor de Atividade:	CAE:
Nº de trabalhadores:	<10: <input type="checkbox"/> 10 a 49: <input type="checkbox"/> 50 a 249: <input type="checkbox"/> >249: <input type="checkbox"/>

5. COMO TOMOU CONHECIMENTO DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO

	Se Centro Qualifica/outro, qual?
--	----------------------------------

6. DOCUMENTOS A ANEXAR (a preencher pela entidade)

CC/BI/NIF/NISS	
Certificado de habilitações	
Comprovativo de situação face ao emprego	
Comprovativo de IBAN (quando aplicável)	
Comprovativo de descontos/Recibo de vencimentos/Início de atividade	
Outros	

Declaro ser verdadeira a informação prestada na Ficha de Inscrição e autorizo que os dados constantes deste documento sejam facultados ao sistema de certificação de entidades formadoras, registados no sistema de informação do Fundo Social Europeu e que relativamente aos mesmos possam ter acesso as entidades previstas no modelo de governação dos fundos europeus estruturais e de investimento, aceitando também ser contactado para confirmação dos elementos prestados bem como de outros que se venham a revelar de interesse geral, no âmbito dos processos de monitorização e de avaliação do Programa Operacional.

Data: ___ / ___ / _____

Assinatura do Formando: _____

Cofinanciado por: