



CENTRO DE FORMAÇÃO

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela APCER cumprindo os requisitos da Norma 4512:2012

FICHA DE INSCRIÇÃO FORMANDOS EXTERNOS

1. Identificação do Curso ¹⁾

Designação do Curso: _____

Data de Realização: _____ Horário: _____

2. Identificação ^{2) 3)}

Nome (Completo): _____

Naturalidade: Concelho _____ Distrito _____

Nacionalidade: _____ Data de Nascimento _____

Identificação Civil: Bilhete de Identidade

Cartão de Cidadão N.º _____

Autorização Residência Validade _____

N.º Contribuinte (NIF): _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____

Telemóvel: _____

Email: _____

Declaro que autorizo a utilização do meu endereço de correio eletrónico para efeitos de divulgação de atividades formativas futuras.

Habilitações Literárias _____

3. Situação Profissional

Categoria Profissional _____

Especialidade _____ Ano de Internato (se aplicável) _____

Cédula Profissional _____

Instituição _____

Serviço _____

Telefone _____



CENTRO DE FORMAÇÃO

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela APCER cumprindo os requisitos da Norma 4512:2012

4. Informações Complementares

Funções que desempenha _____

Ações de Formação Frequentadas anteriormente no Centro de Formação do CHULN:

Como tomou conhecimento deste Curso?

Pelo Centro de Formação do CHULN No site do CHULN

Recomendação de outro formando Outros. Quais? _____

Outras Informações /Sugestões:

Data _____ Assinatura do Candidato ⁴⁾ _____

5. Pagamento de Inscrição

Pagamento por Transferência bancária (obrigatório apresentação do respetivo comprovativo)

IBAN PT50 0781 0112 01120013334 08

Dados para emissão do recibo

Nome _____ NIF: _____

Morada _____

6. Centro de Formação do CHULN

Recebido em _____ Por _____ N.º Inscrição _____

Observações:

Seleção dos Candidatos:

Efetivo Suplente N.º _____

Assinatura (Responsável pela Seleção) _____

1) A desistência ou não comparência do formando, quando selecionado, no dia do início da ação de formação deve ser comunicada ao Centro de Formação. A não observância deste preceito levará à sua substituição e não seleção em futuras ações de formação.

2) Os dados incorretos/incompletos condicionam a emissão do Certificado de Formação.

3) Em cumprimento do disposto no RGPD, os dados fornecidos serão guardados em sistemas de informação propriedade Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN). Para garantir a segurança, confidencialidade e sigilo no processo de recolha e tratamento dos dados pessoais dos candidatos, formandos, formadores e demais interessados nas atividades formativas procedemos à adoção de medidas técnicas e organizativas que garantem a licitude, lealdade, transparência, exatidão e atualização dos dados, segurança e limitação do acesso a finalidades específicas. Todos os dados são tratados de forma adequada aos efeitos de candidatura/inscrição e frequência dos cursos, acesso e processamento dos serviços de tesouraria, suporte informático e entidades oficiais decorrentes da frequência sujeitos a certificação, acreditação ou homologação. Asseguramos que só serão tratados os dados pessoais necessários para cada finalidade específica de tratamento.

4) Ao datar e assinar confirmo que as informações constantes neste formulário são verdadeiras.