

A preencher pela Academia de Formação:

Inscrição n.º: _____ Data de receção: ____/____/____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

**FICHA DE INSCRIÇÃO
ACADEMIA DE FORMAÇÃO**

Ação de formação: _____

_____ Data de início: ____/____/____

DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____

Género: Feminino Masculino Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade (concelho): _____ Telemóvel: _____

Correio eletrónico institucional (se aplicável): _____

Número de Identificação Fiscal (NIF): _____

Cartão de Cidadão/BI n.º: _____ Validade ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome: Centro Hospitalar Barreiro Montijo Outra: _____

Serviço/Unidade: _____

Categoria profissional: _____ N.º mecanográfico: _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que dou o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais, acima discriminados, para o efeito de gestão de processos internos da Academia de Formação. O período de conservação destes dados é permanente. A Academia de Formação garante a estrita confidencialidade no tratamento dos dados fornecidos, nomeadamente com a utilização de antivírus, palavras-passe e acesso restrito às bases de dados, os quais não serão partilhados com terceiros e garante ao titular dos dados os direitos de aceder, atualizar, retificar ou apagar os seus dados pessoais, através do seguinte correio eletrónico: academiaformacao@chbm.min-saude.pt.

Autorizo Não autorizo que os meus dados pessoais sejam utilizados para a comunicação e divulgação de futuras iniciativas da Academia de Formação.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

AUTORIZAÇÃO DO SUPERIOR HIERÁRQUICO (Apenas para colaboradores do CHBM)

Assinatura: _____ N.º Mec.: _____ Data: ____/____/____