

FICHA DE INSCRIÇÃO																
Nº Projeto: M2030-FSE+-02930400								Tipologia: Formações Modulares Certificadas – Ações Capacitar								
Entidade Beneficiária: MUTAÇÃO – CONSULTORIA, ESTUDOS E SERVIÇOS DE FORMAÇÃO, LDA																
Área de Formação: 729 - Saúde								Curso: Técnico/a Auxiliar de Saúde								
Nº Ação:								Duração: 475 horas								
Datas de realização:								Local de realização:								
Horário: 09h30-12h30; 14h00-17h00								Modalidade: Formação inserida no CNQ								
Identificação do/a Formando/a																
Nome:																
Doc. de Identificação (CC/Passaporte/Outro):								N.º Doc. de Identificação:								
Validade Doc. identificação:								NIF:								
NISS:								Data Nascimento:								
Naturalidade:								Nacionalidade:								
Morada:								Código Postal:								
Telefone:								E-mail:								
Habilitações Académicas (assinalar com X)																
1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	5º Ano	6º Ano	7º Ano	8º Ano	9º Ano	10º Ano	11º Ano	12º Ano	Pós-Secundário	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Situação Face ao Emprego (assinalar com X)																
Outros Setores de Atividade																
Desempregado à procura do 1º emprego																
Desempregado à procura de novo emprego – DLD (desempregado há mais de 1 ano)																
Desempregado à procura de novo emprego – Não DLD (desempregado há menos de 1 ano)																
Identificação Entidade Empregadora:																
Documentos a Anexar (assinalar com X a documentação entregue, caso aplicável)																
Documento de identificação								NIF								
Certificado de habilitações								Comprovativo Atividade Profissional								
Comprovativo IBAN								Declaração - Mão-de-obra agrícola familiar								
<p>Autorizo a utilização dos meus dados pessoais nos termos do Reg (EU) 2016/679 aplicado na ordem jurídica nacional pela Lei 58/2019 e do Regulamento Geral de Proteção de Dados, para efeito de tratamento informático dos processos e da homologação, de apuramento estatístico e de acompanhamento da formação realizada a efetuar pelas entidades certificadoras e pela Mutação, que se compromete a não os ceder a terceiros sem que obtenha o meu consentimento expresso (excetuando-se os casos em que legalmente se encontra adstrita a fazê-lo ou se encontra legalmente autorizada para tal).</p> <p>Em conformidade com o nº 2 do Artº 5º da Lei nº 7/2007, de 5 de fevereiro, declaro consentir a reprodução do meu Cartão de Cidadão por fotocópia ou qualquer outro meio, para efeitos de identificação perante a AJAP e a Entidade Certificadora. Autorizo, portanto, que o tratamento para as finalidades descritas ocorra quer em suporte de papel quer por recurso a meios digitais de acordo com os meios que a Mutação entenda serem os mais adequados. Mais tomei conhecimento que poderei exercer os meus direitos enquanto titular dos dados pessoais que me dizem respeito, nomeadamente o direito de portabilidade e de acesso ou de requerer a sua retificação ou o seu apagamento, ou ainda a limitação ou oposição do tratamento poderão ser exercidos através de e-mail dirigido a geral@mutacao.pt. Qualquer dúvida ou reclamação poderá ser dirigida para tal e-mail, sem prejuízo da possibilidade de ser a mesma deduzida junto da autoridade de controlo portuguesa - Comissão Nacional de Proteção de Dados</p>																
Declaro que a inscrição na presente ação de formação foi uma iniciativa individual, com o objetivo de aprofundar as minhas competências, uma melhor adaptação às mudanças tecnológicas e organizacionais e ao reforço da empregabilidade <input checked="" type="checkbox"/>																

Data: _____

Assinatura: _____