

Ficha de Inscrição

Designação do Curso: Segurança no Trabalho - avaliação e controlo de riscos

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Morada: _____
Localidade: _____ Cod. Postal: _____
Telefone: _____ E-mail: _____
Estado Civil: _____ situação Militar: _____
Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____
B.I./CC: _____ de _____ emitido em _____
NIF: _____ NBSS _____
Habilitações Académicas: _____
Experiência Profissional (últimos 2 anos): _____

SITUAÇÃO ATUAL FACE AO EMPREGO:

Empregado: Por conta d'outrem Por conta própria
Desempregado: 1º Emprego
DLD (há mais de 1 ano) DLD (há menos de 1 ano)

(Preencher este campo, no caso de neste momento estar empregado)

EMPRESA

Entidade Empregadora: _____
Morada: _____
Localidade: _____ Cod. Postal: _____
Atividade: _____ Profissão: _____
Vinculo Laboral: Efetivo
Contrato a Termo
Outro: _____
Nome do Responsável: _____

Como teve conhecimento desta ação de formação: _____

Responsabilizo-me pelas declarações prestadas durante o período de vigência do Contrato de Formação,

Assinatura: _____ **Data:** _____

Assinale, caso autorize que os seus dados pessoais sejam facultados à DGERT-Direção Geral de Emprego e das Relações de Trabalho, para efeitos de uma eventual auscultação sob forma de inquérito, no âmbito dos procedimentos do acompanhamento da formação.

Assinale, caso autorize que os seus dados sejam usados para envio de Informação relativa a processos de divulgação, inscrição, recrutamento e seleção sobre iniciativas de carácter formativo do NERBE/AEBAL