



INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, I. P.
DELEGAÇÃO REGIONAL DO ALENTEJO
Centro de Emprego e Formação Profissional de Beja
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO



DADOS PESSOAIS:

Nome completo (conforme o documento de identificação)	
Endereço de e-mail	
<input type="checkbox"/> Autorização de Permanência <input type="checkbox"/> Autorização de Residência <input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade <input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão <input type="checkbox"/> BI Cidadão Brasileiro <input type="checkbox"/> BI Espaço Económico Europeu <input type="checkbox"/> BI Militar <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Cartão de Residência	Nº: <input type="text"/> / <input type="text"/> Local de Emissão: _____ Data de Emissão: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Validade: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Contribuinte n.º _____	Segurança Social n.º _____
Morada: _____	
Cód Postal _____ - _____	
Freguesia : _____	Telf./Telm. : _____
Nacionalidade: _____	Naturalidade: Distrito _____ Concelho: _____
Data Nasc: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Carta de condução (sim/não) _____	Ligeiros: <input type="checkbox"/> Pesados: <input type="checkbox"/> Matérias perigosas (sim/não) _____ Data: _____
Transporte próprio (sim/não) _____	Acessibilidade Transporte Púb. (boa, má, razoável) _____

AGREGADO:

Estado Civil: _____	Sit. Profissional Cônjuge: _____
Incluindo o próprio: N.º pessoas agregado _____	Agregado monoparental (sim/não) _____
N.º pessoas a cargo: Ascendentes _____ Descendentes: _____	Desempregados: _____ Inativos: _____
Nº de filho: (menos de 12 anos) _____ (mais de 12 anos) _____	Têm deficiência (sim/não) _____
Tipo de deficiência: _____	

HABILITAÇÕES ESCOLARES:

Escolaridade: _____	Ano de conclusão: _____	Nível de Qualif (QNQ): _____
Estabelecimento de Ensino: _____		
a) Establ. Ensino Superior: _____		
Form. Escolar/Curso: _____		
Ano de Conclusão: _____		
A estudar ou a frequentar uma ação de formação? (sim/não) _____ Qual? _____		

a) Só preencher em caso de curso superior

Cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL:

Condição perante o trabalho: _____		Data de início: _____	
Empregado ?	<input type="checkbox"/>		
Trabalhador/a por conta de outrem ?	<input type="checkbox"/>	Trabalhador/a por conta própria ?	<input type="checkbox"/>
Entidade empregadora : _____			
Morada : _____			
Código Postal : _____ - _____			
Setor profissional : _____		Profissão : _____	
Tempo de prática na profissão _____			
Desempregado? <input type="checkbox"/>			
Desempregado há menos de 1 ano ? <input type="checkbox"/>		Desempregado há mais de 1 ano ? <input type="checkbox"/>	
Reformado ? <input type="checkbox"/>	Doméstica/o ? <input type="checkbox"/>	Outra ? <input type="checkbox"/>	
Recebe : Subsídio de Desemprego? <input type="checkbox"/>		Rendimento Social de Inserção? <input type="checkbox"/>	

MOTIVOS DA INSCRIÇÃO:

Ação de formação: _____			
RVCC Escolar: <input type="checkbox"/>	RVCC Profissional: <input type="checkbox"/>	RVCC Dupla certificação: <input type="checkbox"/>	Modular <input checked="" type="checkbox"/>
RVCC Profissional: Pretendo obter certificação na área de: _____			

Declaro sob compromisso de honra a veracidade das declarações prestadas nesta ficha.

Data : _____ / _____ / _____ O Candidato : _____

A preencher pelos Serviços:

NIF da entidade para onde houve encaminhamento:	<input type="text"/>									
Data de início real do participante na operação:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de fim prevista do participante na operação:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de fim real do participante na operação:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Procura emprego após terminada a participação?	(sim/não) _____									
Modo:	_____									
Encaminhamento para: _____										
Data:	_____	O/A TORVC:	_____							

Cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu