

FICHA DE INSCRIÇÃO

(Todos os campos são de preenchimento obrigatório)

Acção de Formação

Data de Início - -

Indique com "X" o local de realização da acção

HSJ	HSAC
HDE	HSM

DADOS PESSOAIS

Nome Completo (legível)

N.º Mec.

Categoria Profissional

Área e/ ou Unidade Funcional

Hospital onde exerce funções

HSJ	HSAC
HDE	HSM

Telefone Serviço

Telemóvel

Outro

E-Mail

RESPONSÁVEL HIERÁRQUICO

Autorizo, porque é de toda a conveniência para o Serviço.

Data

Telefone Serviço

Telemóvel

- -

E-Mail

Informações relevantes para a análise da candidatura, incluindo a respectiva prioridade caso exista mais do que uma inscrição por serviço

Assinatura (legível) / Carimbo _____

Para qualquer informação, por favor contacte a Área de Gestão da Formação (AGF):



21195 - Hospital S. A. Capuchos - 21 313 64 67
 11751 - Hospital S. José - 21 884 14 67
 51441 - Hospital Dona Estefânia - 21 359 64 41
 41298 - Hospital Santa Marta - 21 359 42 98



formacao.hsac@chlc.min-saude.pt
celia.santos@chlc.min-saude.pt
formacao.hde@chlc.min-saude.pt
formacao.hsm@chlc.min-saude.pt

Observações: 1. A inscrição não implica a admissão incondicional do candidato;
 2. Não serão consideradas as inscrições recebidas fora do prazo.