



**SINDICATO DOS TRABALHADORES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE ENTIDADES COM FINS PÚBLICOS**

**SECÇÃO COORDENADORA REGIONAL DO SINTAP - AÇORES**

RUA DO BARCELOS, 21/23  
9700-026 ANGRA DO HEROÍSMO  
formacao@sintapazores.com

DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO



DEPARTAMENTO NACIONAL  
DE FORMAÇÃO CONTINUADA  
DE ENTIDADES COM FINS PÚBLICOS  
SERVIÇO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA  
CURSOS  
FORMAÇÃO DE GESTORES  
SERVIÇOS DE GESTÃO  
SERVIÇOS DE GESTÃO  
SERVIÇOS DE GESTÃO  
SERVIÇOS DE GESTÃO

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

DATA DE ENTRADA

CURSO \_\_\_\_\_ N.º CURSO \_\_\_\_\_ N.º ACÇÃO \_\_\_\_\_  
LOCAL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME \_\_\_\_\_  
MORADA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
TELEFONE N.º \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL N.º \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ SEXO: FEMININO  MASCULINO   
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: N.º \_\_\_\_\_ B.I.  C. CIDADÃO  PASSAPORTE   
N.º IDENTIFICAÇÃO FISCAL \_\_\_\_\_  
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO SINDICAL**

FILIAÇÃO SINDICAL? SIM  N.º SÓCIO \_\_\_\_\_ NÃO

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO**

SERVIÇO \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_ N.º CONTRIBUINTE \_\_\_\_\_  
TELEFONE N.º \_\_\_\_\_ FAX N.º \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_  
CATEGORIA PROFISSIONAL \_\_\_\_\_  
PRINCIPAIS ACTIVIDADES QUE DESEMPENHA \_\_\_\_\_  
DIMENSÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA: 1-9 ; 10-49 ; 50-250 ; +250

ASSINATURA DO FORMANDO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO DO SERVIÇO/ENTIDADE PATRONAL**

IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE:  
NOME \_\_\_\_\_  
CATEGORIA \_\_\_\_\_  
PRIORIDADE NA FREQUÊNCIA DO CURSO:  
MUITO PRIORITÁRIO   
PRIORITÁRIO   
POUCO PRIORITÁRIO   
NÃO PRIORITÁRIO   
ASSINATURA DO DIRIGENTE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOTA: O TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS É FEITO NO CUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO SOBRE A PROTECÇÃO DOS DADOS. OS MESMOS CONSTAM DO NOSSO FICHEIRO DE ASSOCIADOS, PODENDO SER SOLICITADO, POR ESCRITO, A SUA CONSULTA OU CORRECÇÃO. CASO AUTORIZE QUE OS SEUS DADOS SEJAM FACULTADOS ÀS ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELA ACREDITAÇÃO/CERTIFICAÇÃO DAS ENTIDADES FORMADORES, PARA VIR A SER AUSCULTADO SOBRE A QUALIDADE DA FORMAÇÃO QUE IRÁ FREQUENTAR, ASSINALE COM UM X   
ESTA FICHA DEVERÁ SER PREENCHIDA DE FORMA LEGÍVEL, SÓ SERÃO CONSIDERADAS AS FICHAS DEVIDAMENTE PREENCHIDAS EM TODOS OS CAMPOS.