

## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO EM BOLSAS DE VOLUNTARIADO

### 1. Identificação (Preencher com letra maiúscula)

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ N.º Identificação Fiscal: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Concelho de Residência: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Correio Eletrónico: \_\_\_\_\_

### 2. Habilitações

- |                                                               |                          |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Inferior ao 4.º ano de escolaridade _____                  | <input type="checkbox"/> |
| 2. 4.º ano de Escolaridade (1.º ciclo do ensino básico) _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. 6.º ano de Escolaridade (2.º ciclo do ensino básico) _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. 9.º ano de Escolaridade (3.º ciclo do ensino básico) _____ | <input type="checkbox"/> |
| 5. 12.º ano de Escolaridade (ensino secundário) _____         | <input type="checkbox"/> |
| 6. Curso Tecnológico/Profissional/ Outros (nível III) _____   | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bacharelato _____                                          | <input type="checkbox"/> |
| 8. Licenciatura _____                                         | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pós-graduação _____                                        | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mestrado _____                                            | <input type="checkbox"/> |
| 11. Doutoramento _____                                        | <input type="checkbox"/> |
| 12. Curso de Especialização tecnológica _____                 | <input type="checkbox"/> |

2.1 Identifique o curso e/ou área de formação:

\_\_\_\_\_

2.2 Identifique cursos de pós-graduação, mestrado ou doutoramento:

\_\_\_\_\_

### 3. Âmbito de inscrição

#### 3.1 Apoio a doentes:

a) Apoio a doentes internados em estabelecimentos hospitalares \_\_\_\_\_

b) Acompanhamento a consultas de especialidade e exames em estabelecimentos de saúde \_\_\_\_\_

3.2 Programa de Combate ao Tabagismo \_\_\_\_\_

3.3 Rastreiros Dermatológicos \_\_\_\_\_

### 4. Disponibilidade

Preencher com um X a disponibilidade de V. Exa para o exercício do voluntariado

Segunda-feira	
Terça-feira	
Quarta-feira	
Quinta-feira	
Sexta-feira	

1 x por Mês	
2 x por Mês	
3 x por Mês	
4 x por Mês	

### 5. Autorizações

Autorizo que os meus dados pessoais sejam tratados pelo Município de Castro Marim no âmbito da candidatura ao Programa Municipal de Voluntariado de Saúde e Ação Social, tal como autorizo que os mesmos sejam transmitidos a terceiros no âmbito do referido programa e em conformidade com os fins nele estipulados.

O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento. A retirada do consentimento não compromete a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

Para mais informações sobre as políticas de privacidade do Município consulte o nosso site em [www.cm-castromarim.pt](http://www.cm-castromarim.pt) ou envie um e-mail para [epd@cm-castromarim.pt](mailto:epd@cm-castromarim.pt).

### 6. Assinatura

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---