



**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:**

<b>Nome completo</b> (conforme o documento de identificação)											
<b>Endereço de e-mail</b>											
<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"/>										
<b>Contribuinte n.º</b> : _____						<b>Segurança Social n.º</b> : _____					
<b>Morada</b> : _____											
<b>Cód. Postal</b> : _____ - _____											
<b>Freguesia</b> : _____						<b>Telf./Telm.</b> : _____					
<b>Nacionalidade</b> : _____				<b>Naturalidade: Distrito</b> _____				<b>Concelho</b> : _____			
<b>Data Nasc.</b> : _____				<b>Sexo</b> : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>							
<b>Carta de condução</b> (sim/não) _____				<b>Ligeiros</b> : <input type="checkbox"/> <b>Pesados</b> : <input type="checkbox"/>				<b>Matérias perigosas</b> (sim/não) _____ <b>Data</b> : _____			
<b>Transporte próprio</b> (sim/não) _____				<b>Acessibilidade Transporte Púb.</b> (boa, má, razoável) _____							

**AGREGADO:**

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

**HABILITAÇÕES ESCOLARES:**

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

a) Só preencher em caso de curso superior



**SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL:**

<b>Condição perante o trabalho:</b> _____		<b>Data de início:</b> _____	
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 <b>menos</b> de 1 ano ?	<input type="checkbox"/>
		Desempregado há <b>mais</b> de 1 ano ?	<input type="checkbox"/>
Reformado ?	<input type="checkbox"/>	Doméstica/o ?	<input type="checkbox"/>
		Outra ?	<input type="checkbox"/>
<b>Recebe :</b>	Subsídio de Desemprego?	<input type="checkbox"/>	Rendimento Social de Inserção?
		<input type="checkbox"/>	<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"/>
RVCC Profissional: Pretendo obter certificação na área de: _____			

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

Data : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ O Formando : \_\_\_\_\_

**A preencher pelos Serviços:**

<b>NIF da entidade para onde houve encaminhamento:</b>	<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"/>
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"/>
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"/>
Procura emprego após terminada a participação?	(sim/não) _____								
Modo:	_____								
Encaminhamento para: _____									
Data:	_____	O/A TORVC:	_____						