



ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SAÚDE
NOS LOCAIS DE TRABALHO, LDA.

Ficha de Inscrição do Programa Ocupacional e de Apoio no Domicílio



Dados Pessoais	Nome: _____																																																	
	Data de Nascimento: ____/____/____ BI/CC: _____ Data: ____/____/____ Arquivo: _____																																																	
	Carta de condução: _____ Data: _____ Natural de: _____																																																	
	Morada: _____																																																	
	Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____																																																	
	Contacto Telemóvel: _____ Email: _____																																																	
	Habilitações literárias: _____ Formação profissional: _____																																																	
	Experiência de Voluntariado/Apoio domiciliário ou outros _____																																																	
	Pessoa de Referência: _____ Contacto: _____																																																	
Disponibilidade	<table border="1"><thead><tr><th>Período</th><th>Mês</th><th>Dias</th><th>Horário Tipo:</th><th>Sim</th><th>Não</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="3">Verão</td><td>Julho</td><td>De a ; De a ; De a</td><td>10-13 - H1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Agosto</td><td>De a ; De a ; De a</td><td>15-18 - H2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Setembro</td><td>De a ; De a ; De a</td><td>Outro - H3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td rowspan="2">Natal</td><td>Dezembro</td><td>De a ; De a ; De a</td><td>Notas Pessoais: _____</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Janeiro</td><td>De a ; De a ; De a</td><td>_____</td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Páscoa</td><td>Março</td><td>De a ; De a ; De a</td><td>_____</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Abril</td><td>De a ; De a ; De a</td><td>_____</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Período	Mês	Dias	Horário Tipo:	Sim	Não	Verão	Julho	De a ; De a ; De a	10-13 - H1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agosto	De a ; De a ; De a	15-18 - H2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Setembro	De a ; De a ; De a	Outro - H3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Natal	Dezembro	De a ; De a ; De a	Notas Pessoais: _____			Janeiro	De a ; De a ; De a	_____			Páscoa	Março	De a ; De a ; De a	_____			Abril	De a ; De a ; De a	_____			* assinale com um círculo (O) os dias em que pode participar				
Período	Mês	Dias	Horário Tipo:	Sim	Não																																													
Verão	Julho	De a ; De a ; De a	10-13 - H1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
	Agosto	De a ; De a ; De a	15-18 - H2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
	Setembro	De a ; De a ; De a	Outro - H3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
Natal	Dezembro	De a ; De a ; De a	Notas Pessoais: _____																																															
	Janeiro	De a ; De a ; De a	_____																																															
Páscoa	Março	De a ; De a ; De a	_____																																															
	Abril	De a ; De a ; De a	_____																																															
Necessidades e Expectativas	Formação específica em: _____																																																	
	Animar/ apoiar actividades ocupacionais de: _____																																																	
	Efetuar visitas no domicilio de pessoas inscritas para realizar: _____																																																	
Assinaturas e Compromissos	Assumo o compromisso de participar no programa supra mencionado e o cumprimento dos termos do regulamento nomeadamente nos deveres de participação e cumprimento dos planos e procedimentos. Assinatura do Candidato _____ _____/_____/_____		Assumo a disponibilidade e cooperação do meu educando neste programa, nos termos acordados e de regulamento a que tive acesso. Assinatura da Pessoa de Referência (Enc. De Educação) _____ _____/_____/_____																																															
Decisão	Decisão da Coordenação de Programa: Aceite <input type="checkbox"/> Porque _____ Não Aceite <input type="checkbox"/> _____ Assinatura _____ _____/_____/_____																																																	

Gesaúde - Organização e Gestão de Saúde nos Locais de Trabalho, Lda | Rua Santa Catarina, nº 39 Vila Facaia 3270-225 PEDROGAO GRANDE

Apartado 9060 3001-301 COIMBRA | Telf./Fax 236550156 e 236550295 Telm. 968693313 e 918366158 | www.gesaude.pt gesaude@gesaude.pt

MOD.DC.017.01