



Data de Inscrição Data de Entrada ao Serviço

Dados de Identificação do Candidato

Nome Completo
Data de Nascimento Estado Civil Idade anos
Morada
Código Postal Localidade
Telefone de Casa Telemóvel
BI / Cartão de Cidadão NIF
NISS Nº Utente SNS
NIB Banco
Carta de Condução
Habilitações Literárias

Dados de Identificação e Contactos de Pessoa Próxima do Candidato

Nome
Data de Nascimento Parentesco/Relação
Morada
Código Postal Telefone de Casa
Telemóvel Telefone Trabalho

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição? (*Quer seja utente, colaborador ou dirigente*)

Sim Quem?
Não

Breve Caracterização Individual e do Agregado Familiar do Candidato

O Candidato vive: Isolado Em Agregado



Nome	Idade	Parentesco	Depende do Candidato		Ocupação
			Sim	Não	
Candidato					

Saúde

Grupo Sanguíneo:	
Médico de Família / Assistente:	Telefone:
Centro de Saúde:	Telefone:
Alergias	



CASA DO POVO DE ALAGOA
Instituição Particular de Solidariedade Social

NIPC: 500969264

Problemas de Saúde e/ou Doenças Crónicas

Respiratórios	Hipertensão arterial	Quais?
Urinários	Diabetes	
Aparelho Locomotor	Doenças cancerígenas	
Limitações físicas incapacitantes	Doenças infecto-contagiosas	
Reumatismo	Cardíacos	
Sistema nervoso	Demência	
Padrões de sono	Depressivos	
Auditivos	Visão	
Fala	Outros	

Experiência Profissional (Se anexar Curriculum Vitae, não necessita de preencher este quadro)

Período (de mm/aa a mm/aa)	Entidade Empregadora	Categoria Profissional

Cargos ou funções a que se candidata:

Disponibilidade para fazer turnos Sim

Não

Situação actual face ao Emprego (Se aplicável, mencione o recebimento de prestações sociais e o tempo de inscrição no IIEFP)

Assinaturas

Candidato _____

Data ____/____/____

Instituição _____

Data ____/____/____