



Ficha de Inscrição – Candidatos a Colaboradores

Data de Inscrição: N. Entrada:

Data de Entrada ao Serviço: N. Colaborador(a):

Data de Saída e Motivo:

DADOS A PREENCHER PELO CANDIDATO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo:

Data de Nascimento: Sexo: Idade: Anos

Morada:

Código Postal: Localidade:

BI/Cartão Cidadão: Telemóvel:
Telefone casa:

NIF:

NISS: Carta de Condução:

Nº Utente SNS: Estado Civil:

Naturalidade: Habilitações:

| Nacionalidade e Língua | |
|--|--|
| Qual a sua nacionalidade? | <input type="text"/> |
| Há quanto anos vive em Portugal/Distrito/Concelho? | <input type="text"/> |
| Compreende bem o Português (caso seja imigrante)? | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> + ou - <input type="radio"/> |
| Sente dificuldades em expressar-se em Português (caso seja imigrante)? | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> + ou - <input type="radio"/> |

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?

Sim Quem?

Não

BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E DO AGREGADO FAMILIAR DO CANDIDATO

O Candidato vive:

Isolado

Em agregado

| Nome | Idade | Parentesco | Vive com o candidato? | | Meio de vida principal |
|-----------|-------|------------|-----------------------|-----|------------------------|
| | | | Sim | Não | |
| Candidato | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



Ficha de Inscrição – Candidatos a Colaboradores

SAÚDE

| Problemas de saúde | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| Respiratórios | <input type="radio"/> | Intestinais | <input type="radio"/> | Outros | <input type="radio"/> |
| Urinários | <input type="radio"/> | Doenças infecto-contagiosas | <input type="radio"/> | Quais? | |
| Aparelho locomotor | <input type="radio"/> | Doenças cancerígenas | <input type="radio"/> | | |
| Limitações físicas incapacitantes | <input type="radio"/> | Sistema nervoso | <input type="radio"/> | | |
| Reumatismo | <input type="radio"/> | Demência | <input type="radio"/> | | |
| Cardíacos | <input type="radio"/> | Padrões de sono | <input type="radio"/> | | |
| Hipertensão | <input type="radio"/> | Depressivos | <input type="radio"/> | | |
| Infecto-Contagiosas | <input type="radio"/> | Auditivos | <input type="radio"/> | | |
| Diabetes | <input type="radio"/> | Visão | <input type="radio"/> | | |

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

| ENTIDADE EMPREGADORA | CATEGORIA PROFISSIONAL | TEMPO DE SERVIÇO |
|----------------------|------------------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

FORMAÇÕES

ÁREA A QUE SE CANDIDATA

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| AJUDANTE DE LAR E CENTRO DE DIA | <input type="radio"/> |
| APOIO DOMICILIÁRIO | <input type="radio"/> |
| AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS | <input type="radio"/> |
| OPERADORA DE LAVANDARIA | <input type="radio"/> |
| COZINHA | <input type="radio"/> |
| AJUDANTE DE AÇÃO EDUCATIVA | <input type="radio"/> |
| OUTRA. Especificar: _____ | <input type="radio"/> |

DISPONIBILIDADE PARA FAZER TURNOS

| | |
|-----|-----------------------|
| Sim | <input type="radio"/> |
| Não | <input type="radio"/> |

SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO

ANEXOS

ASSINATURAS

| | | | |
|-------------|-------|-------|----------------|
| Candidato | _____ | Data: | ____/____/____ |
| Organização | _____ | Data: | ____/____/____ |