



FORMAÇÃO FINANCIADA

SUBSÍDIO DE
REFEIÇÃO
4,52€

NÍVEL	UFCD	DESIGNAÇÃO	TOTAL HORAS
2	0107	Fotografia - iniciação	50H
4	0612	Noções básicas de gestão técnica de Recursos Humanos	
2/4	3244	Acompanhamento de crianças - técnicas de animação	
2	3397	Técnicas de decoração floral	
2	3547	Nutrição e dietética no domicílio	
4	4665	Alimentação racional, nutrição e dietética	
2/4	3732	Segurança e higiene do trabalho	
2	3743	Técnicas de socorrismo	
4	5436	Liderança e motivação de equipas	
2/4	5427	Legislação laboral - contrato de trabalho/ direitos individuais	
4	0398	Gestão de reclamações - metodologias	
4	0396	Negociação	
2/4	0354	Língua inglesa - atendimento	
4	8609	Língua espanhola - atendimento	
4	8608	Língua alemã - atendimento	
4	0619	Métodos e técnicas de análise económica e financeira	

Destinatários:

UFCD de Nível 2 – Desempregados com mínimo 6º ano e sem o 9º ano concluído.

UFCD de Nível 4 - Desempregados com mínimo 9º ano e sem o 12º ano.

Horário da Formação: Laboral _9h-12h ou 14h-17h_2/3 vezes por semana.

Local de Realização: CAPÍTULO PRODÍGIO e/ou Junta de Freguesia.

Datas de Realização: Início previsto para Setembro (sujeito ao nº mínimo de inscritos para abertura de turma).

INSTRUÇÕES: Preencher NA TOTALIDADE, em letra maiúscula e legível.
Em campos de escolha múltipla, identifique com X a opção em que se enquadra.

CURSO, DATA DE INÍCIO E LOCAL

CURSO | _____
Data de início: _____ Local: _____

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
Morada: _____ Código-Postal: _____
Telefone: _____ Telemóvel _____ e-mail: _____
Nº Doc.Id.: _____ Data Validade: _____ Data Nasc.: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____ NISS: _____
Nº Contrib.: _____ Habilitações Literárias: _____ Estado Civil: _____

SIT. DESEMPREGO e DADOS DO AGREGADO

(Para menores de 23 anos) - Efetuou contribuições para a Segurança Social pelo menos 1 ano? Sim Não

Nº pessoas no agregado familiar: _____ Nº descendentes dependentes no agregado: _____

Nº desempregados no agregado familiar: _____ Nº pessoas inativas no agregado familiar: _____

DADOS DE ENCAMINHAMENTO

Encaminhado por um C.Qualifica: NÃO SIM Se SIM qual: _____

Responsabilidade da inscrição:

_____/_____/_____
_____/_____/_____

O Candidato: _____
(Assinatura legível)

- Autorizo o CESAE a utilizar os meus dados pessoais para divulgação de ações de formação ou outros eventos relacionados com a sua atividade.
- Autorizo a divulgação dos meus dados pessoais para uma eventual auscultação por parte do Sistema de Acreditação (DGERT).

Reservado aos serviços:

Data Receção: ____/____/____

O Funcionário,

- Doc. Identif.
NIF
Doc. Bancário (IBAN)
Comprov. Desemprego
Certif. Habilitações

A frequência efetiva da ação de formação pressupõe o integral cumprimento pelo formando das regras nacionais e comunitárias aplicáveis, bem como do Regulamento Interno do Formando do CESAE, podendo estes documentos ser solicitados no apoio administrativo para consulta.

Cofinanciado por:

