

Data de inscrição

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA FUNDAÇÃO LIGA

Inscrição recebida por

N.º de Entrada

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Nome  Género:  M  F

Data de nascimento  Idade  anos Hab. Literárias

Morada

Código Postal  -  Localidade

Email  Telef

Doc. de identificação  CC  BI  TR n.º  Validade

### 2. SITUAÇÃO DE DEFICIÊNCIA E/OU INCAPACIDADE

O/A candidato/a possui:  Deficiência Psicológica (Doença Mental)  Deficiência Intelectual

Deficiência Motora  Outras

Se já trabalhou, indique: recebe **pensão de invalidez?**  Não  Sim Se **Sim**, indique:  Absoluta  Relativa

### 3. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Como teve conhecimento dos cursos de Formação Profissional da Fundação LIGA?

Já frequentou formação profissional para pessoas com deficiência e/ou incapacidades?  Sim  NãoSe respondeu **sim** indique:

\* Durante quanto tempo

\* Em que data terminou

Assinale até **3 cursos** que pretenda frequentar, por ordem de preferência (utilizando os números de 1 a 3).

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistente Administrativo/a               | <input type="checkbox"/> Ajudante de Cozinha                                    | <input type="checkbox"/> Ajudante Gráfico de Acabamentos e Impressão |
| <input type="checkbox"/> Tecnologias de Informação em Secretariado | <input type="checkbox"/> Ajudante de Balcão, Mesa e Pastelaria                  | <input type="checkbox"/> Ajudante de Montagens e Transformação       |
| <input type="checkbox"/> Costureiro/a Modista                      | <input type="checkbox"/> Empregado/a de Higienização Domiciliária e Empresarial |  |
| <input type="checkbox"/> Costura Criativa                          | <input type="checkbox"/> Operador/a de Espaços Verdes Rurais e Urbanos          |  |

### 4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO CANDIDATO/A - PESSOA DE CONTACTO

Nome  Relação

Morada  Tlm:

Código Postal  -  Localidade

PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA FUNDAÇÃO LIGA

### 5. MARCAÇÃO DE AVALIAÇÃO/ ENTREVISTA

Data	Hora	Técnico/a	Observações
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Faltou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Faltou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Faltou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### 6. CONTACTOS EFECTUADOS

Data	Técnico/a	Resultado(s)

### 7. OBSERVAÇÕES
