



N.º CANDIDATURA _____

DATA CANDIDATURA _____

CATL _____

FICHA DE CANDIDATURA

1. DADOS DO CANDIDATO

NOME COMPLETO _____

DATA NASCIMENTO ___/___/____ IDADE ____ NATURALIDADE _____

MORADA _____

C. POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

FREGUESIA _____ CC | CARTÃO RESIDÊNCIA _____

NIF _____ NISS _____ SNS _____

2. FILIAÇÃO

NOME MÃE _____

MORADA _____

C. POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

CONTACTO _____ EMAIL _____

LOCAL TRABALHO _____ CONTACTO TRABALHO _____

NOME PAI _____

MORADA _____

C. POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

CONTACTO _____ EMAIL _____

LOCAL TRABALHO _____ CONTACTO TRABALHO _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO EDUCAÇÃO

NOME _____ CONTACTO _____

MORADA _____ C. POSTAL _____ - _____

EMAIL _____ GRAU PARENTESCO _____

4. IRMÃOS A FREQUENTAR A INSTITUIÇÃO

NÃO SIM SE SIM, EM QUE RESPOSTA SOCIAL? _____



5. NECESSIDADES SAÚDE/EDUCATIVAS ESPECIAIS

NÃO SIM SE SIM, QUAL (IS)? _____

SE SIM, E AO ABRIGO DO ARTIGO 4.º DO REGULAMENTO INTERNO, O SEU EDUCANDO CARECE DE UM ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO? NÃO SIM SE SIM, QUAL? _____

6. DOCUMENTOS ENTREGUES

FOTOGRAFIA TIPO PASSE	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
FOTOCÓPIA CARTÃO CIDADÃO DO CANDIDATO	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
DECLARAÇÃO QUE ATESTE QUE TEM O PLANO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
FOTOCÓPIA BI CARTÃO CIDADÃO PAIS	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
FOTOCÓPIA DECLARAÇÃO IRS E RESPECTIVO COMPROVATIVO LIQUIDAÇÃO	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
FOTOCÓPIA CONTRATO OU RECIBO RENDA CASA EMPRÉSTIMO BANCÁRIO	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
DECLARAÇÃO MÉDICA DE DOENÇA CRÓNICA E AQUISIÇÃO MEDICAMENTOS	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
CERTIDÃO DA SENTENÇA JUDICIAL ACORDO RESPONSABILIDADES PARENTAIS	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO

7. DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS EFEITOS QUE AUTORIZO A INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS RELATIVOS AO MEU AGREGADO FAMILIAR PARA FINS EXCLUSIVOS DA PRÓPRIA CÁRITAS DIOCESANA DE COIMBRA

DATA	ENCARREGADO EDUCAÇÃO	ASSINATURA RESPONSÁVEL CATL
------	----------------------	-----------------------------
