

**Ação de Formação** \_\_\_\_\_

**Workshop** \_\_\_\_\_

**Dados Pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Feminino  Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade Data de Emissão: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Arquivo de Identificação: \_\_\_\_\_

Cartão de Cidadão Data de Validade: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Contribuinte: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

**Habilitações Académicas:**

Sem escolaridade  12º Ano  Familiar  Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

4º Ano  Curso Médio  Vizinho

6º Ano  Curso Superior  Voluntário  Outra: \_\_\_\_\_

9º Ano

Profissão: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo é cuidador? \_\_\_\_\_

**Relação com o Doente de Alzheimer:**

**Dados da Pessoa com Demência:**

Sexo: Masculino  Feminino  Idade: \_\_\_\_\_

**Dados para pagamento da Inscrição:**

Transferência | NIB: 003520780000708803052

Depósito | N.º Conta: 2078007088030 da Caixa Geral de Depósitos

**Nota: As inscrições só se consideram devidamente efectuadas após recebermos o respectivo comprovativo de pagamento, através de Fax, E-mail ou Correio.**

Permite que os seus dados sejam divulgados ao Sistema de Acreditação para avaliação da Formação da Alzheimer Portugal?

Sim  Não  Está garantida a estrita confidencialidade no tratamento dos dados.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

