

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA PREVPAP

IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo

Doc. Ident. Civil N.º Validade - -

Data de Nascimento - - Contribuinte N.º

Morada

Código Postal -

Telefone Telemóvel

E-mail

(Em letras Maiúsculas - Para notificações no âmbito do presente processo de reserva de recrutamento)

Estado Civil Nacionalidade

Naturalidade

Distrito Concelho Freguesia

Filiação

Pai

Mãe

Grau de incapacidade atribuída por alguma autoridade de saúde? SIM NÃO

Tipo de Incapacidade Grau de Incapacidade %

FORMAÇÃO ACADÉMICA

ESCOLARIDADE

9.º Ano

10.º Ano

11.º Ano

≥ 12.º Ano

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Experiência Profissional na Unidade Local de Saúde da Guarda

< 1 ano
 ≥ 1 ano e < 3 anos
 ≥ 3 ano e < 5 anos
 ≥ a 5 anos

Experiência Profissional noutras Unidades do SNS

< 1 ano
 ≥ 1 ano e < 3 anos
 ≥ 3 ano e < 5 anos
 ≥ a 5 anos

Experiência Profissional noutras Unidades fora do SNS

< 1 ano
 ≥ 1 ano e < 3 anos
 ≥ 3 ano e < 5 anos
 ≥ a 5 anos

FUNÇÕES EXERCIDAS EM REGIME - CEI - CEI+ - FUNÇÕES EXERCIDAS NAS MESMAS CONDIÇÕES

(Funções exercidas, directamente relacionadas com o posto de trabalho a que se candidata)

Funções	Data	
	Início	Fim

OUTRAS FUNÇÕES E ATIVIDADES EXERCIDAS

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

FREQUÊNCIA DE CURSOS E AÇÕES DE FORMAÇÃO (área da saúde)

A - De 4 a 14 horas

1

2

3

4

B - De 15 a 24 horas

1

2

3

4

C - De 25 a 49 horas

1

2

3

D - Igual ou superior a 50 horas

1

2

PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO (área da saúde)

≤ 5 ações

> 5 ações e < 10 ações

≥ 10 ações

OUTROS ELEMENTOS CONSIDERADOS RELEVANTES NO ÂMBITO DA SAÚDE

PARTICIPAÇÃO EM ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS NA ÁREA DA SAÚDE

VOLUNTARIADO EM ÁREAS RELEVANTES PARA A SAÚDE

PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL E CIDADANIA

OUTRAS ATIVIDADES DE INTERESSE PARA VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

1

2

DECLARAÇÕES:

- Declaro sob compromisso de honra que todas as informações fornecidas são verdadeiras, comprometendo-me a anexar todos os documentos que fazem prova das mesmas.
- Declaro ter conhecimento que as notificações no âmbito do presente processo de reserva de recrutamento serão enviadas para o email, por mim indicado nos dados pessoais, do formulário de candidatura.
- Declaro ter conhecimento de que a prestação de falsas informações, implica a minha exclusão do concurso.
- Declaro ter conhecimento de que a não apresentação de documentos comprovativos das informações fornecidas implica que as mesmas não sejam consideradas para efeitos de classificação.
- Declaro ter disponibilidade para trabalhar por turnos, nomeadamente noites e fins-de-semana.
- Declaro ter disponibilidade imediata.
- Declaro ter lido o aviso de abertura da presente reserva de recrutamento, pelo que conheço exatamente o modo como devo proceder para concretizar a minha candidatura.
- Dou o meu consentimento expresso (cfr. Art. 6º, n.º 1 al. A) do RGPD) para que os meus dados sejam tratados pela Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E para efeitos do procedimento concursal e enquanto o mesmo for válido, após o que serão eliminados.

Data:

- -

Assinatura: _____
(Conforme BI/CC)