

FICHA DE CANDIDATURA/MATRICULA

Caro(a) Formando(a): Esta informação é de cariz confidencial e será apenas utilizada para fins Académicos. Obrigada pela colaboração!

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome _____

Data nasc. ____/____/____ Idade _____ Conhecido por _____

Sexo _____ Nacionalidade _____ nº BI/Passaporte _____

Data emissão do BI ____/____/____ Data de Validade do BI ____/____/____ NIF _____

Morada _____ Concelho _____ Ilha _____

Naturalidade _____ Telefone/Telemóvel _____

Nome no facebook : _____ e-mail _____

Nome do Pai _____ Nome da Mãe _____

Contacto do encarregado de educação: Telefone Fixo _____ Telemovel _____

Foto

INFORMAÇÕES ACADEMICAS

Grau académico

6ºano 7ºano 8ºano 9ºano 10ºano 11ºano 12ºano licenciatura

Área de estudo

Ciências e Tecnologias Económico Social Humanística Via Técnica Média _____

Marque com um X o(s) curso(s) que pretende candidatar:

Cozinha Pastelaria Gestão de Alojamento Hoteleiro Restauração e Bebidas Guia e Animação Turística

Serviços básicos de Andares Recepção e Acolhimento Hoteleiro Agência de Viagens outro _____

Caso não seja seleccionado para a sua 1ª opção, qual seria a sua 2ª Opção? _____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

Já frequentou alguma acção de formação ? sim ___ não ___ Qual (ais) _____

TAMANHO DE POLO

S M L XL

-----**ESPAÇO RESERVADO AO SERVIÇOS ACADÉMICOS DA EHTCV**-----

DOCUMENTOS ENTREGUE NA INSCRIÇÃO:

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS _____ CÓPIA BI _____ NIF _____

INSCRITO EM : ____/____/____ PROCESSO Nº _____

RECEBIDO POR _____

DOCUMENTOS ENTREGUE NA MATRICULA:

CADASTRO POLICIAL _____ ATESTADO MÉDICO _____ FOTO _____

MATRICULADO EM : ____/____/____ Nº _____

RECEBIDO POR _____

INFORMAÇÕES SOBRE O CANDIDATOActualmente exerce alguma actividade profissional remunerada? Sim Não

Se sim, onde e em que área? _____

Qual a remuneração líquida mensal? _____ Tem filhos? Sim Não Quantos? _____**I- INFORMAÇÕES SOBRE O AGREGADO FAMILIAR****Quadro de composição do agregado familiar**

(Devem constar no quadro todas as pessoas que moram com o (a) candidato (a), inclusive crianças)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão ou actividade	Escolaridade	Rendimento Bruto mensal	Valor de Propina
Renda Total Familiar						

INFORMAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DO CANDIDATOTem alergia a produtos de limpeza? Sim não Qual(ais) _____Possui doença(s) hereditária(s)? Sim não Qual(ais) _____É asmático? Sim não É diabético? Sim não Sofre de alguma outra doença Sim não Qual(ais) _____É portador(a) de doenças infecto-contagiosas? sim não qual(ais) _____Segue alguma dieta alimentar específica? sim não qual(ais) _____Tem alergia a algum tipo de alimento Sim não Qual(ais) _____**INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DE PROPINAS****Como pensa pagar as propinas?**Por conta própria Ajuda do marido/companheiro(a) Ajuda de familiares Vai solicitar apoio social A que entidade? _____**INFORMAÇÕES SOBRE O ALOJAMENTO DURANTE PERÍODO DE FORMAÇÃO****Onde pretende ficar alojado durante o período de formação?**Em casa dos meus pais/encarregado de educação Em casa de outro familiar Na residência da EHTCV Outro

Data ____/____/____

Assinatura do Candidato _____