



MUNICÍPIO DE OLIVEIRA DO HOSPITAL
CÂMARA MUNICIPAL



Formulário de Candidatura dos Jovens

1 – Dados pessoais:

Nome:

Morada:

Código Postal:

Data de Nascimento:

Telemóvel:

Email:

Nº Contribuinte:

Estabelecimento de ensino que frequenta:

Ano:

Está integrado em algum sistema de Formação Profissional:

Se SIM indique o Estabelecimento de Ensino:

3 - Ocupação:

Entidade:

Datas (assinalar 1ª e 2ª preferência):

Período	Início	Fim	Dias	Preferência
1º	15 de julho	28 de julho	10	
2º	29 de julho	09 de agosto	10	

Área/Atividade (assinalar 1ª, 2ª e 3ª preferência):

Ambiente e/ou proteção civil

☐

Apoio Social

Cultura e/ou Património

☐

Tecnologias de Informação e Comunicação

☐

Apoio ao desporto

☐

Saúde

☐

Outras de reconhecido interesse social

☐

2 - Dados do Encarregado de Educação:

Nome do Enc. de Educação:

Telemóvel:

O município de Oliveira do Hospital cumpre integralmente o RGPD – regulamento geral de proteção de dados no que concerne à recolha e tratamento dos mesmos. Os dados pessoais recolhidos serão utilizados apenas para a tramitação do presente procedimento.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____
(Até aos 16 anos o formulário tem de ser assinado pelo encarregado de educação)