



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:

Curso:

Ano:

2 - Ocupação:

Entidade:

Datas (assinalar 1ª e 2ª preferência):

Período	Início	Fim	Dias	Preferência
1º	18 de julho	31 de julho	10	
2º	01 de agosto	14 de agosto	10	

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

<i>Ambiente e/ou proteção civil</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Apoio Social</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Cultura e/ou Património</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Tecnologias de Informação e Comunicação</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Apoio ao desporto</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Sáude</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Outras de reconhecido interesse social</i>	<input type="checkbox"/>		

Proteção de dados pessoais

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: _____

Nota: Anexar documento que comprove que é estudante do ensino superior