CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

AGF
ÁREA DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

FICHA DE INSCRIÇÃO - PROFISSIONAL EXTERNO

(Todos os campos são de preenchimento obrigatório)

XXVI REUNIÃO DO ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA
CURSOS SATÉLITE

Identifique a Sua Inscrição em: _____

Data: _____ - _____ - _____ **Local de realização da acção: Hospital Dona Estefânia**

DADOS PESSOAIS

Nome Completo (legível)

Morada

Código Postal - **Telemóvel**

Data de Nascimento - - **Naturalidade**

Nacionalidade **Sexo**

N.º Bilhete Identidade/ Cartão Cidadão **N.º Identificação Fiscal**

E-Mail

DADOS PROFISSIONAIS

Categoria Profissional

Hospital/ Instituição

Área e/ ou Unidade Funcional

Telefone Serviço

Observações: 1. A inscrição não implica a admissão incondicional do candidato;
2. Não serão consideradas as inscrições recebidas fora do prazo.