

FICHA DE INSCRIÇÃO – EIFFEL MIND

(PREENCHER EM MAIÚSCULAS)

Fotografia

DADOS PESSOAIS

NOME: _____

MORADA: _____

CONTACTOS: Telm/Telf: _____ E-mail: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

Nº IDENTIFICAÇÃO: _____ (BI, CC, AR, P) VALIDADE: ____/____/____

Nº CONTRIBUINTE: _____

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL: Empregado Desempregado

PROFISSÃO: _____ ENTIDADE EMPREGADORA: _____

HORÁRIOS PREFERENCIAIS

(deve indicar o horário preferencial – a frequência do mesmo está condicionado ao nº de inscrições)

<p>Laboral</p> <p><input type="checkbox"/> 9h/13h</p> <p><input type="checkbox"/> 14h/18h</p>	<p>Pós Laboral</p> <p><input type="checkbox"/> 18h/22h</p> <p><input type="checkbox"/> 19h/23h</p> <p><input type="checkbox"/> Sábado</p>
--	--

AÇÕES EM QUE SE INSCREVE:

(Assinalar com um X)

EIXO	WORKSHOPS
	Gestão das Finanças Pessoais
	Estratégias de Vida
	Gestão de Tempo
	Trabalho em Equipa
	Inteligência Emocional
	Liderança
	Outro:

Documentos entregues para formalização da inscrição

A preencher pelos serviços

- 1 Fotografia tipo passe
- Fotocópia do documento de identificação
- Fotocópia do cartão de contribuinte
- Cópia de Certificado de Habilitações

Verificado por: _____ em ____/____/____

EIXO	FORMAÇÃO EIFFEL MIND	EIXO	FORMAÇÃO EIFFEL WORK
	Gestão das finanças Pessoais e Familiares		Organização e Gestão de Loja
	Estratégias de Vida		Trabalho em Equipa
	Gestão de Tempo		Gestão das Reclamações
	Gestão da Imagem		Gestão de Stocks
	Gestão das Relações Interpessoais		Técnicas de Vendas
	Introdução ao Coaching		Satisfação de Fidelização de Clientes
	Outro:		Vitrinismo

Tomou conhecimento do Eiffel Mind através de: _____

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas.

Data: ____/____/____ _____

Assinatura conforme o Bilhete de Identidade

- Autorizo a Cooptécnica - Gustave Eiffel a utilizar e a fornecer os meus dados pessoais, relativos à identificação, endereço e contactos, para efeitos de eventual auscultação no âmbito de procedimentos de acompanhamento da formação.
- Autorizo o DSQA – Direcção de Serviços de Qualidade e Acreditação - a utilizar os meus dados pessoais relativos a identificação, endereço e contactos para efeitos de uma eventual auscultação no âmbito dos procedimentos de acompanhamento das Entidades