

Ministério da Saúde
Direcção dos Recursos Humanos
Departamento de Formação (Repartição de Bolsas e Formação Contínua)
FICHA DE REGISTO DO PARTICIPANTE

Ficha n° 3

Nome(s): _____ Apelido(s): _____ Data de nascimento: ____/____/____ <div style="text-align: center;">dia/mês/ano</div> Numero de BI: _____	Telefone fixo: _____ Telemóvel _____ E-mail(s): _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M </div>
---	--

Nome do curso: _____	Data do início : ____/____/____ <div style="text-align: center;">dia/mês/ano</div>
Data do Fim: ____/____/____ <div style="text-align: center;">dia/mês/ano</div>	

Local de trabalho (PREËNCHA):	Tipo de instituição (☑ SELECIONE UMA):
Nome da instituição: _____ Telefone: _____ Fax: _____ Província: _____ Distrito: _____ Posto administrativo: _____ Cidade: _____	<input type="checkbox"/> Hospital Provincial <input type="checkbox"/> DPS <input type="checkbox"/> Hospital Geral <input type="checkbox"/> DDS <input type="checkbox"/> Hospital Central <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> Hospital Rural <input type="checkbox"/> Associação comunitária <input type="checkbox"/> Hospital Distrital <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Centro de Saúde I <input type="checkbox"/> Faculdade de Medicina <input type="checkbox"/> Centro de Saúde II <input type="checkbox"/> Instituto/Centro de formação <input type="checkbox"/> Centro de Saúde II <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Outro(especifique): _____

Actualmente Atende Utentes? Sim Não

Qual é o seu nível mais elevado na carreira de saúde? (☑selecione um)

Superior	<input type="checkbox"/> Médico Geral <input type="checkbox"/> Médico Especializado <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Licenciado em _____ <input type="checkbox"/> Bacharel em _____	<input type="checkbox"/> Mestrado em _____ <input type="checkbox"/> Doutoramento em _____
Médio Especializado	<input type="checkbox"/> Técnico de Cirurgia <input type="checkbox"/> Técnico Medicina Geral <input type="checkbox"/> Técnico de Farmácia <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Técnico de Laboratório <input type="checkbox"/> Técnico de Nutrição <input type="checkbox"/> Enfermeiro Pediátrica <input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Técnico de Odontostomatologia <input type="checkbox"/> Enfermeiro Geral
Médio	<input type="checkbox"/> Técnico de Instrumentação <input type="checkbox"/> Técnico Anestesiologista <input type="checkbox"/> Técnico Medicina Geral <input type="checkbox"/> Enfermeiro Geral <input type="checkbox"/> Enfermeiro Saúde Materno Infantil	<input type="checkbox"/> Técnico de Farmácia <input type="checkbox"/> Técnico de Laboratório <input type="checkbox"/> Técnico de Reabilitação <input type="checkbox"/> Técnico de Radiologia <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva	<input type="checkbox"/> Técnico de Nutrição <input type="checkbox"/> Técnico Administração Hospitalar <input type="checkbox"/> Técnico de Odontostomatologia <input type="checkbox"/> Outro _____
Básico	<input type="checkbox"/> Agente de Medicina Curativa <input type="checkbox"/> Agente de Medicina Preventiva <input type="checkbox"/> Agente de Farmácia <input type="checkbox"/> Agente de Laboratório <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Agente de Radiologia <input type="checkbox"/> Agente de Nutrição <input type="checkbox"/> Agente de Reabilitação <input type="checkbox"/> Agente de Odontostomatologia	<input type="checkbox"/> Agente de Administração Hospitalar <input type="checkbox"/> Enfermeiro Básico <input type="checkbox"/> Enfermeira de Saúde Materno Infantil Básico
Elementar	<input type="checkbox"/> Enfermeira Elementar	<input type="checkbox"/> Parteira Elementar	<input type="checkbox"/> Outro: _____