

## Código 170537

### BOLETIM DE APRESENTAÇÃO

Funcionário n°

#### I. Identificação

DGAE n°

Nome	_____
Morada	_____
Código Postal	_____ - _____
Freguesia	_____ Concelho _____ Distrito _____
Telemóvel	_____ Telefone _____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
E-mail	_____ Nacionalidade _____
Estado Civil:	_____ Data de Nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BI/ Cartão do Cidadão n°	_____ Arquivo _____
Emissão	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Valido até <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

#### 2. Dados Fiscais

N° Contribuinte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Bairro Fiscal	_____	
Código Rep.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N° Titulares	<input type="text"/>	Declarante Deficiente: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
N° Dependentes		<input type="text"/>	N° Dependentes Deficientes <input type="text"/>	

#### 3. Categoria

Índice	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Escalão	<input type="text"/>	Grupo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Situação:</b> Normal	<input type="checkbox"/>	Entrou Destacado	<input type="checkbox"/>	Saiu Destacado	<input type="checkbox"/>	Entrou Requiritado	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>	_____					
<b>Vínculo/Categoria:</b> Quadro do Agrupamento	<input type="checkbox"/>	QZP	<input type="checkbox"/>	Contratado	<input type="checkbox"/>		
Outro	<input type="checkbox"/>	_____					
<b>Substituição temporária:</b> Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>				

#### 4. Habilitações Académicas

<b>Grau Académico:</b> Magistério	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="text"/>
Curso	_____						
Data da Conclusão	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Classificação Académica	<input type="text"/> <input type="text"/>				
<b>Habilitação:</b> Profissional	<input type="checkbox"/>	Própria	<input type="checkbox"/>				
<b>Qualificação Profissional:</b> Profissionalização	Incluída nas Hab. Académicas		<input type="checkbox"/>				
Profissionalização em Serviço	<input type="checkbox"/>	Profissionalização em Exercício	<input type="checkbox"/>	Estágio Clássico	<input type="checkbox"/>		

Outro  \_\_\_\_\_

Data da Conclusão   /   /

Classificação Profissional

### 5. Entidades

Banco \_\_\_\_\_ BIC/SWIFT

Nº da Conta              Balcão \_\_\_\_\_

IBAN

C.G.A.       Seg. Social

Sindicato \_\_\_\_\_ Nº Sócio \_\_\_\_\_ Desconta por Transf. Bancária  no Vencimento

Desconta ADSE: Não  Sim  ➔ N°

### 6. Prestações Familiares

Recebe Prestações Familiares através do seu vencimento: Sim  Não

Dependentes dos quais as recebe:

Data de Nascimento	Nome do Descendente	Deficiente
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="checkbox"/>

### 7. Dados do ano lectivo anterior

Escola onde pertencia \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Onde exerceu funções \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

### 8. Acumulação de funções

Acumula funções: Não  Sim  ➔ N° de Horas: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_

### 9. Observações

Aceitei a colocação na aplicação no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Azambuja, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_