|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | | | | | | **FOTOGRAFIA** |
| **MORADA:** | | | | | |
| **LOCALIDADE:** | | | **CÓD. POSTAL:** | | |
| **TELEFONE:** | **TELEMÓVEL:** | | | |  |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | | **N.º BI/CC:** | | | **VALIDADE:** |
| **NIF:** | | | |  | |
| **NATURALIDADE:** | | | | **NACIONALIDADE:** | | |
| **E-MAIL:** | | | | | | |
| **HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:** | | | | | | |

|  |
| --- |
| **CURSO EM QUE SE INSCREVE: Curso de Formação Profissional em Reiki e Medicina Complementar** |
| **Edição n.º** |

|  |
| --- |
| **ACTIVO EMPREGADO** |
| **Empresa:** |
| **Morada:** |
| **Telefone: Fax:** |
| **Função Desempenhada: N.º de Trabalhadores:** |

|  |
| --- |
| RESPONSABILIZO-ME PELAS DECLARAÇÕES PRESTADAS  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAGAMENTO** | | | | | | |
|  | Formando | |  | Integral |  | € |
|  | | | | |  |  |
|  | | Formando |  | Parcial |  | € |
| + \_\_\_ Prestações | | | | |  | € |
| **Observações sobre Pagamentos:**  EMPRESA  Localidade  Contribuinte nº  Fax  Telefone  Responsável a Contactar  Cód. Postal  Morada  Designação Social  Habilitações Técnicas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Distrito  Concelho  Habilitações Literárias\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A Totalidade do curso e/ ou o valor da inscrição deverá ser liquidado quando da formalização da inscrição.  A prestação mensal deverá ser liquidada até ao dia oito de cada mês  Esta entidade formadora garante a estrita confidencialidade no tratamento dos seus dados. A informação por si disponibilizada não será partilhada com terceiros e será utilizada apenas para os fins diretamente relacionados com o curso em que se inscreve.   |  |  | | --- | --- | | Caso autorize que os seus dados sejam usados para envio de publicidade sobre futuros cursos de formação, assinale com um “X” |  | | Concordo com os Termos e Condições desta escola de acordo com seu regulamento |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | Logótipo Agência Nacional para a Qualificação |  |