|  |  |
| --- | --- |
| **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: Astrologia Médica – Como Prevenção no Diagnostico de Patologias** |
| **Edição n.º 3** |

|  |
| --- |
| **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 LocalidadeContribuinte nºFaxTelefoneResponsável a Contactar Cód. PostalMorada 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” |  |

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