

PROMOVEMOS A IGUALDADE DE OPORTUNIDADES E A NÃO DISCRIMINAÇÃO

FOTOGRAFIA  
ACTUAL

**Instruções de preenchimento:**

Preencha este formulário com tinta preta ou azul. **Responda a todas as perguntas.** Assine e date o formulário.

FUNÇÃO A QUE SE CANDIDATA \_\_\_\_\_

CONTACTO MAIS FÁCIL \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_

CÓD POSTAL \_\_\_\_\_

FREGUESIA \_\_\_\_\_

CONCELHO \_\_\_\_\_

TEL CASA \_\_\_\_\_

TEL MÓVEL \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO \_\_\_\_\_

NÚMERO \_\_\_\_\_

DATA DA EMISSÃO \_\_\_\_\_

POSSUI CARTA DE CONDUÇÃO? SIM  NÃO 

NÚMERO \_\_\_\_\_

DATA DA EMISSÃO \_\_\_\_\_

TEVE ALGUM ACIDENTE DURANTE OS ÚLTIMOS TRÊS ANOS? SIM  NÃO 

SE SIM, QUANTOS? \_\_\_\_\_

QUE MEIO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA IR TRABALHAR? \_\_\_\_\_

POSSUI SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL? SIM  NÃO 

EM QUE COMPANHIA DE SEGUROS? \_\_\_\_\_

APÓLICE Nº \_\_\_\_\_

CAPITAL SEGURO \_\_\_\_\_

**EM CASO DE ACIDENTE OU DOENÇA SÚBITA INDIQUE A PESSOA A CONTACTAR:**

NOME \_\_\_\_\_

CONTACTO \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_

JÁ PREENCHEU ALGUM FORMULÁRIO DE CANDIDATURA NESTA EMPRESA? SIM  NÃO

JÁ TRABALHOU COM ESTA EMPRESA? SIM  NÃO

É PARENTE DE ALGUM COLABORADOR DESTA EMPRESA? SIM  NÃO  SE SIM, DE QUEM?

TEM AUTORIZAÇÃO PARA TRABALHO NESTE PAÍS? SIM  NÃO  SE SIM, DESDE QUE DATA?

JÁ FOI CONDENADO JUDICIALMENTE POR UM CRIME? SIM  NÃO  SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

DATA DISPONÍVEL PARA COMEÇAR SALÁRIO PRETENDIDO

### DISPONIBILIDADE

FULL-TIME  SÓ FINS-DE-SEMANA  SÓ DIA  SÓ NOITE

PART-TIME  DISPONÍVEL AOS FINS-DE-SEMANA

Obs.:

### INFORMAÇÃO ADICIONAL

FALA, ESCRIVE OU COMPREENDE ALGUMA LÍNGUA ESTRANGEIRA? SIM  NÃO  SE SIM, INDIQUE QUAIS E QUE FLUÊNCIA

CONSIDERA TER:

TEM ALGUMA OUTRA EXPERIÊNCIA, CURSO, QUALIFICAÇÃO OU COMPETÊNCIA QUE PENSE SER IMPORTANTE? SIM  NÃO

SE SIM, DESCREVA:

### HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

	NOME DA ESCOLA	ANOS COMPLETOS	ÁREA	CERTIFICADO
BÁSICO				
SECUNDÁRIO				
BACHARELATO				
LICENCIATURA				
OUTRO:				

## HISTÓRIA PROFISSIONAL

ACTUALMENTE, ENCONTRA-SE A TRABALHAR? SIM  NÃO  SE SIM, A SUA ENTIDADE PATRONAL PODE SER CONTACTADA POR NÓS PARA REFERÊNCIAS? SIM  NÃO  SE NÃO, PORQUÊ?

---

Descreva, a seguir, experiências profissionais passadas e presentes, dos últimos três anos. Comece pelas mais recentes. Inclua trabalhos de férias ou temporários. Certifique-se que inclui todas as experiências profissionais que possam ser relevantes para esta candidatura, utilize uma folha extra, se necessário.

EMPRESA	ACTIVIDADE
NOME DO SUPERVISOR	NÚMERO PARA CONTACTO
PERÍODO DE TRABALHO	FUNÇÃO
MOTIVO DA SAÍDA	
ESTA EMPRESA PODE SER CONTACTADA PARA REFERÊNCIAS?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

---

EMPRESA	ACTIVIDADE
NOME DO SUPERVISOR	NÚMERO PARA CONTACTO
PERÍODO DE TRABALHO	FUNÇÃO
MOTIVO DA SAÍDA	
ESTA EMPRESA PODE SER CONTACTADA PARA REFERÊNCIAS?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

---

EMPRESA	ACTIVIDADE
NOME DO SUPERVISOR	NÚMERO PARA CONTACTO
PERÍODO DE TRABALHO	FUNÇÃO
MOTIVO DA SAÍDA	
ESTA EMPRESA PODE SER CONTACTADA PARA REFERÊNCIAS?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

---

Por favor indique duas referências que não sejam parentes ou empregadores anteriores:

NOME	NOME
FUNÇÃO	FUNÇÃO
EMPRESA	EMPRESA
TELEFONE	TELEFONE

---

INFORMAÇÃO ADICIONAL

---

---

---

---

---

QUALIFICAÇÃO NA UTILIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE COMPUTADOR:

---

### REFERÊNCIA POR OUTRO COLABORADOR

ALGUM COLABORADOR DA FAMILYCARE O INDICOU? SIM  NÃO  GOSTAMOS DE RECONHECER E AGRADECER AOS NOSSOS COLABORADORES A INDICAÇÃO DE BONS CANDIDATOS. INDIQUE QUEM O INDICOU:

---

SE NÃO FOI INDICADO, COMO TOMOU CONHECIMENTO COM A FAMILYCARE?

---

ANÚNCIO NO JORNAL  INTERNET  UM AMIGO  OUTRO :

---

PREENCHEU PESSOALMENTE ESTE FORMULÁRIO? SIM  NÃO

---

SE NÃO, QUEM O PREENCHEU?

---

Por favor, leia com atenção as declarações abaixo e em seguida assine:

*DECLARO QUE NÃO OMITI PROPOSITADAMENTE NENHUMA INFORMAÇÃO QUE POSSA INFLUENCIAR NEGATIVAMENTE A MINHA FUTURA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO. DECLARO QUE AS RESPOSTAS DADAS SÃO VERDADEIRAS E ACEITO QUE QUALQUER OMISSÃO POSSA SIGNIFICAR A REJEIÇÃO DA MINHA CANDIDATURA.*

*ACEITO QUE A EMPRESA POSSA PÔR TERMO À MINHA PRESTAÇÃO, SE , APÓS A MINHA ADMISSÃO, SE COMPROVAR QUE ALGUMAS DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS NÃO SÃO VERDADEIRAS OU FORAM OMITIDAS.*

*AUTORIZO QUE A FAMILYCARE CONFIRME AS MINHAS REFERÊNCIAS E VERIFIQUE AS INFORMAÇÕES QUE PRESTEI.*

*ACEITO QUE ME POSSA SER SOLICITADO UM ATESTADO MÉDICO QUE COMPROVE QUE NÃO SOFRO DE DOENÇA CONTAGIOSA E POSSUO A ROBUSTEZ NECESSÁRIA PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO ATRIBUÍDA, DE UM TESTE DE DESPISTE DE DROGAS OU UM CERTIFICADO DE REGISTO CRIMINAL.*

*DECLARO QUE TENHO CONHECIMENTO QUE A EVENTUAL RELAÇÃO COM A **FAMILYCARE, LDA.** SE BASEIA NUM CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.*

ASSINATURA

---

DATA

---