

SAÚDE ACTIVA – SERVIÇOS MÉDICOS, CRL

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

CÓD.Nº _____|_____

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 SAÚDE ACTIVA 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 SAÚDE ACTIVA?

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 SAÚDE ACTIVA 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 SAÚDE ACTIVA – SERVIÇOS MÉDICOS, CRL SE BASEIA NUM CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

ASSINATURA

DATA
