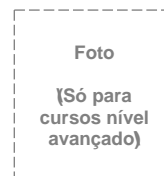




# CENTRO DE FORMAÇÃO DESNÍVEL



## F1 - Ficha de Inscrição

Por favor, preencha o formulário em letras MAIÚSCULAS.

### Identificação do Formando:

Nome \_\_\_\_\_ Sócio Nº \_\_\_\_\_ Gén.: M  F   
Morada \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_  
Tel(s). \_\_\_\_\_ Tlm(s): \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte: \_\_\_\_\_  
BI nº \_\_\_\_\_ Data e Local: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

### Identificação do Cursos ou Acção de Formação a Frequentar:

Designação do Curso: \_\_\_\_\_  
Local Curso: \_\_\_\_\_ Data Curso: \_\_\_\_\_

### Seleccione o Seguro Desportivo:

- Seguro Temporário** (seguro efectuado apenas para os dias de actividade no valor de € 1,5/dia)  
 **Licença Federativa** (seguro anual – ano civil, que cobre a modalidade pretendida)  
 Nº Licença \_\_\_\_\_ Nível de Seguro \_\_\_\_\_ Entidade: \_\_\_\_\_  
 **Outro Seguro (indicar qual)** \_\_\_\_\_

Indique a sua formação e experiência na modalidade ou em actividades complementares:

(para cursos de aperfeiçoamento e avançado anexar currículo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Pagamento e Facturação:

- Cheque à ordem de Desnível:** Nº \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_  
 **Transferência bancária :** Data \_\_\_/\_\_\_/200\_\_ Banco \_\_\_\_\_  
(Nº Conta(CGD): 0017 002312 930; NIB: 0035 0017 0000 2312 93073)  
 **Dinheiro Facturação a:** \_\_\_\_\_

Referente a:

Valor Entregue:	Total formação:	1ª Prestação (50%)	2ª Prestação (50%)	Seguro
_____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €

Os dados pessoais aqui recolhidos são para fins de processamento das inscrições efectuadas e para fins de facturação. Esses dados encontram-se protegidos pela Lei de Protecção de Dados Pessoais nº 67/98.

Não autorizo o Sistema de Acreditação do IQF a Utilizar os meus dados pessoais relativos à identificação, endereço e contactos para efeito de uma eventual auscultação sob a forma de inquérito, no âmbito dos procedimentos de acompanhamento

Não autorizo A Associação Desnível a Utilizar os meus dados pessoais relativos à identificação, endereço e contactos para efeitos de divulgação e de gestão da formação

Data e Assinatura: \_\_\_ / \_\_\_ / 200\_\_ \_\_\_\_\_

Reservado aos Serviços:  
Sócio nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/200\_\_  
Recibo nº \_\_\_\_\_ Conferido por: \_\_\_\_\_